

Комплексная психологическая травма как следствие экстремального стресса

Екимова В.И.

*Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1480-3571>, e-mail: iropse@mail.ru*

Лучникова Е.П.

*Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1238-5852>, e-mail: elenaluchnikova@gmail.com*

В статье дан краткий обзор трансформаций концепции комплексной психологической травмы за тридцать лет, происшедших с момента предложения термина комплексного посттравматического стрессового расстройства (комплексного ПТСР) как клинического синдрома множественной психологической травматизации до его официального признания в качестве диагностического конструкта. Проанализирована динамика представлений о причинах и характере проявлений психологической травматизации под воздействием экстремальных стрессовых факторов, нашедшая отражение в действующих классификаторах психических и соматических расстройств. Проведен сравнительный анализ специфических характеристик различных видов психологических травм, пересекающихся с термином комплексного ПТСР в понятийном поле психологии травмы. Определены базовые характеристики комплексной психологической травмы, отличающие ее от близких к ней понятий, и намечены пути дальнейших исследований в этом направлении.

Ключевые слова: комплексная психологическая травма, экстремальный стресс, стрессовое психическое расстройство, комплексное ПТСР, травма развития, межличностная травма.

Для цитаты: Екимова В.И., Лучникова Е.П. Комплексная психологическая травма как следствие экстремального стресса [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2020. Том 9. № 1. С. 50—61. DOI:10.17759/jmfp.2020090105

Complex psychological trauma as a consequence of extreme stress

Valentina I. Ekimova

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1480-3571>, e-mail: iropse@mail.ru*

Elena Luchnikova

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1238-5852>, e-mail: elenaluchnikova@gmail.com*

The article presents a brief review of the concept of complex psychological trauma transformations over thirty years, which occurred since the moment when the term Complex Post-traumatic Stress Disorder (C-PTSD) was proposed as a clinical syndrome of multiple psychological traumatization to its official recognition as a diagnostic construct. The article analyzes the dynamics of ideas about the causes and the nature of psychological trauma manifestations under the influence of extreme stress factors, which is reflected in the current nomenclatures of mental and somatic disorders. A comparative analysis of the specific characteristics of various types of psychological traumas that intersect with the term complex PTSD in the conceptual field of trauma psychology is presented. The basic characteristics of complex psychological trauma that distinguish it from similar terms are defined, and the ways of further research in this direction are outlined.

Keywords: complex psychological trauma, extreme stress, stressful mental disorder, complex PTSD, developmental trauma, interpersonal trauma.

For citation: Ekimova V.I., Luchnikova E.P. Complex psychological trauma as a consequence of extreme stress [Elektronnyi resurs]. *Journal of Modern Foreign Psychology*, 2020. Vol. 9, no. 1, pp. 50—61. DOI:10.17759/jmfp.2020090105 (In Russ.).

CC BY-NC

Комплексная психологическая травма, также известная как Комплексное травматическое стрессовое расстройство — комплексное ПТСР (Complex Posttraumatic Stress Disorder — C-PTSD) принято относить к травматической модели стрессовых психических расстройств. Комплексное ПТСР может развиваться в ответ на длительный, повторяющийся опыт межличностной травмы, связанной с психологическим, сексуальным, физическим насилием и пренебрежением в детском возрасте, с хроническим насилием со стороны интимного партнера, постоянными издевательствами в воспитательных, образовательных и др. социальных учреждениях, на рабочем месте, у жертв похищений, жестокой эксплуатации, торговли людьми, у пострадавших от деструктивных религиозных культов и кульгоподобных организаций, заложников, военнопленных, узников концлагерей и проч. [2; 3; 4; 6; 7; 8; 9; 13; 14; 15; 16; 19; 20; 21; 23; 25; 26; 28; 33; 35; 36; 31; 37].

Расстройства, непосредственно связанные со стрессом, являются одними из наиболее распространенных диагнозов в системе оказания помощи при психических расстройствах во всем мире. В то же время, подходы к диагностике этих состояний, в силу неспецифичности клинических проявлений, трудностей их разграничения с нормальными реакциями на стресс, наличием социокультурных особенностей поведения и проч., были и остаются предметом серьезных споров специалистов [1; 3; 4; 8; 11; 13; 14; 24; 28; 30; 33; 35; 36].

В клинических описаниях и диагностических руководствах стрессовые реакции и расстройства чаще всего определяются как патологические последствия воздействия травмирующих факторов внешней среды — стрессоров, или травматических событий [12; 23]. Для дифференциации этой группы психических нарушений в 1952 году в принятую в США номенклатуру психических расстройств DSM-I (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) был введен термин «грубая стрессовая реакция», возникающая в результате воздействию «тяжелых физических или экстремальных стрессовых травм: боевых действий или гражданских катастроф». Таким образом, «экстремальный стресс» определялся как ключевая характеристика внешних событий, приводящих к психологической травматизации. В последующей версии руководства (DSM II) для лиц, не страдающих психическим расстройством, был предложен термин «транзиторное ситуационное расстройство» с переменной степенью тяжести как «острая реакция на экстремальные события, с которыми человеку пришлось столкнуться» [12].

Примерно в то же самое время в восьмую редакцию Международного классификатора болезней, МКБ-8 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-8), основного клинико-диагностического стандарта, принятого в европейских странах, утвержденную Всемирной ассамблеей здравоохранения — ВОЗ (World Health Organization — WHO) в 1965 году, было внесено «преходящее ситуационное

нарушение», которое включало кроме «реакции на тяжелый стресс» и «боевой невроз», также расстройство адаптации [23].

В МКБ-9, утвержденной в 1975 году, были выделены уже два отдельных расстройства: острая реакция на стресс и реакция адаптации. Можно заметить, что и в американской, и в европейской классификациях стрессовое расстройство определялось как ситуативно обусловленное и «преходящее» [12; 23], в то время как патологическое состояние, развивающееся у человека, перенесшего экстремальное стрессовое воздействие, в ряде случаев не только не проходило со временем, но и могло усиливаться, распространяя свое негативное влияние на все сферы его жизнедеятельности.

Способность травматического переживания к длительному сохранению, хроническому или отсроченному проявлению и общему патогенному воздействию на психику нашла отражение в термине «посттравматическое стрессовое расстройство — ПТСР» (Posttraumatic Stress Disorder — PTSD), который в середине 1970-х специалисты настойчиво предлагали включить в диагностическое руководство по психическим расстройствам DSM-II [23]. Однако на тот момент проблема была недостаточно изучена: в основном рассматривались симптомы взрослых травмированных лиц мужского пола, участников боевых действий или жертв Холокоста.

Многочисленные исследования, проведенные в 1980-х, убедительно доказали, что посттравматическое расстройство является общим диагностическим конструктом, который применим для широко круга людей, пострадавших в результате природных, техногенных и социальных катастроф, жертв насилия, беженцев, детей, переживших жестокое обращение и т.д., перенесших экстремальный стресс [5; 11]. Термин ПТСР был включен в третью редакцию руководства (DSM III) и определен как «развитие специфических симптомов, являющихся результатом стрессового травматического события (стрессора), которое выходит за рамки обычного жизненного опыта человека», т.е. является для него экстремальным [23]. Основным смыслом понятия «экстремальный» — это «предельный», доведенный до крайности, приводящий к уничтожению, то есть экстремальный стресс переживается человеком как неотвратимая угроза его существованию, перед которой он абсолютно бессилён. Не удивительно, что предельно интенсивные переживания экзистенциальной угрозы могут оставлять глубокий след в наименее осознаваемых и регулируемых инстинктивно-импульсивных структурах психики.

В 1994 году симптоматика ПТСР была уточнена и представлена в очередной редакции американской номенклатуры психических расстройств — DSM IV, откуда в 1995 году диагностический конструкт ПТСР и его критерии были перенесены в десятую редакцию Международного классификатора болезней [12]. В МКБ-10 в дополнение к острой реакции на стресс и расстройству адаптации впервые появились два новых

расстройства: «Посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР) и «Стойкое изменение личности после переживания катастрофы», которые относились к отсроченным последствиями воздействия экстремального стрессора [10; 15; 34].

Сегодня диагноз ПТСР может быть поставлен не только тем, кто пережил военные действия, теракты, природные катаклизмы или катастрофы, но и перенесшим сексуальное насилие, нападение преступников, ДТП (дорожно-транспортное происшествие), опасную для жизни болезнь или медицинскую процедуру, а также резкую критику или оскорбление в свой адрес, которые могут квалифицироваться как психологическое насилие. Признано также, что посттравматическое стрессовое расстройство может развиваться, не только у участников, но и у свидетелей экстремальных травматических событий, связанных с реальной или потенциальной угрозой жизни либо тяжелыми последствиями для себя и других, если реакцией на происходящее были сильный страх и чувство беспомощности [12; 23]. Таким образом, в процессе исследования отсроченных и отдаленных последствий экстремального события фокус осмысления его травмирующего воздействия смещался с внешних, объективно угрожающих факторов на внутреннюю, бессознательную оценку субъектом степени опасности.

В среднем, симптомы, соответствующие диагностическим критериям ПТСР, наблюдаются у 8—12 % подвергшихся воздействию травмирующих ситуаций и у 20—25% тех, кто имел крайне травматический опыт [5], редко превышая порог в 30% даже при тяжелой травме [8]. Наряду с широким спектром разнообразных симптомов психической травматизации (заторможенность реакций, провалы в памяти, проблемы с концентрацией внимания, эмоциональное «онемение», чувство вины и др.) были выделены три диагностических кластера посттравматического расстройства (diagnostic clusters): 1) симптомы вторжения (intrusion/re-experiencing) — это флешбэки (flesh-backs), ночные кошмары, интенсивные реакции на напоминающие о травме триггеры (triggers); 2) симптомы избегания (avoidance) внутренних и внешних стимулов, связанных с травмой; 3) симптомы «сверхбдительности» /вегетативной гипервозбудимости (hypervigilance/hyperarousal) — раздражительное, агрессивное и аутодеструктивное поведение, повышенный старт-рефлекс, тревога, нарушения сна и др. [5; 12; 14; 23; 36].

Однако следует заметить, что официальное признание ПТСР и определение его диагностических критериев значительно запаздывало по отношению к результатам научного поиска. Так, в 1992 году была впервые опубликована книга американского психиатра Джудит Герман (J.L. Herman) «Травма и восстановление» («Trauma and Recovery») [20], вызвавшая исключительный научный и общественный резонанс. Автор опиралась на результаты собственных исследований насилия в семье и на обширную литературу о ветеранах и жертвах боевых действий, политического террора и др., чтобы провести параллель

между отдельными и массовыми проявлениями социального насилия. Дж. Герман тщательно документировала личные свидетельства жертв, используя литературные произведения, тюремные дневники, описывая и анализируя индивидуальный травматический опыт на фоне широкого спектра общественных и политических событий. Ее основной вывод состоял в том, что индивидуальная психологическая травма может быть понята (и излечена) только при учете ее социального и политического контекста. В последующем издании она объясняет невероятный отклик на свою публикацию ее воздействием на представления о проблемах, связанных с травматическими событиями и их жертвами, как в клиническом сообществе, так и в культуре в целом.

Термин «комплексное ПТСР» (комплексная травма), был предложен Дж. Герман именно в книге «Травма и восстановление» и в сопутствующих ей статьях автора [19; 20] и определен как клинический синдром, возникающий в результате множественных травматических событий, которые, как правило, происходят на ранних этапах жизненного пути в контексте близких межличностных отношений и носят повторяющийся, пролонгированный характер, например, жестокое обращение с детьми и безнадзорность.

Продолжая углубляться в проблему комплексной травматизации, в 1990-х Ван дер Кольк (Van der Kolk) с коллегами начали активно разрабатывать концепцию комплексного посттравматического расстройства [4; 13; 26; 35], которое они первоначально назвали «расстройством экстремального стресса, никак иначе не специфицируемым» (Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified — DESNOS). По их мнению, DESNOS возникает в результате жестокого, продолжительного насилия, часто сексуального насилия в детстве, а также у жертв пыток или вследствие длительного проживания в зоне военных действий. Подобные травмы нередко активизируют примитивные защитные механизмы (расщепление и диссоциацию), что в дополнение к стандартным симптомам ПТСР, приводит к эмоциональным нарушениям, межличностным проблемам, а также к повышенному риску развития депрессивных и тревожных расстройств и соматизации симптомов [4; 26].

Позднее к комплексному ПТСР, как кластеру симптомов, выходящих за рамки классического ПТСР, стали относить экстремальные события, происходящие не только в детском возрасте, но и со взрослыми, и необязательно носящие пролонгированный характер — одномоментные травмы, а также повторяющиеся серии однотипных травм, которые могут быть настолько тяжелыми и катастрофическими по своей природе, что приводят к серьезным психологическим последствиям, в частности к личностным расстройствам, даже после завершения основных стадий развития [1; 12; 14; 15; 25; 36]. Недавние исследования доказывают взаимосвязь комплексной ПТСР не только с детской травмой, но и с воздействием различных форм психической травмы зрелого возраста, преиму-

щественно межличностного характера, с интенсивностью/ экстремальностью вызванного стресса, с тяжестью и длительностью травматического воздействия. Часть исследований [3], связывают наличие комплексной травмы в зрелом возрасте со сложной симптоматикой ПТСР, в частности с диссоциацией. Так, подавляющее большинство людей, у которых диагностировано пограничное расстройство личности или диссоциативное расстройство идентичности, пережили в детстве комплексную травму [8; 28].

Комплексная травма, суммирующая совокупность предшествующих травматических событий в комплексное ПТСР, чаще всего описывается как повторяющееся ужасающее, угрожающее межличностное травматическое событие, такое как длительное бытовое насилие, сексуальное или физическое насилие в детстве, а также пытки, геноцид, рабство и т.д., которого жертва не может избежать из-за множества ограничений, будь то социальные, физические, психологические, экологические или другие [3; 8; 12; 14; 15]. Таким образом, базовыми характеристиками комплексной психологической травмы являются ее межличностный характер и исключительная, «предельная» субъективная травматичность.

Комплексное ПТСР включает в себя большинство основных симптомов ПТСР, в частности навязчивые воспоминания и повторное переживание травматического события, эмоциональное «онемение», избегание межличностных контактов и отстраненность от людей, острые эмоциональные реакции на события и внешние воздействия, напоминающие о травме, а также вегетативное гипервозбуждение. В то же время, комплексная ПТСР охватывает более широкий по сравнению с ПТСР спектр симптомов, связанных с проблемами межличностных отношений, эмоциональной регуляции и самоотношения. В силу преимущественно межличностного характера и экстремальности воздействия комплексная травма вызывает аффективную дисрегуляцию [2; 15; 25], серьезные трудности в формировании и поддержании значимых отношений наряду с глубоко укоренившимися чувствами стыда, вины или неудачи, а также стойкие убеждения в собственной ничтожности и бесполезности [7; 15; 34].

В многочисленных современных зарубежных исследованиях понятие комплексной травмы пересекается с понятиями межличностной, межпоколенной/ трансгенерационной, кумулятивной травмы, травмы отношений, предательства, привязанности и травмы развития [4; 6; 7; 10; 17; 18; 21; 24; 22; 27; 29; 30; 32; 33; 35; 31]. В настоящее время различные термины для обозначения психологической травмы используются в разных контекстах, что может приводить к отсутствию ясности при их практическом использовании и к путанице в доказательной базе. Существует очевидный риск, что понятийное поле психологии травмы будет проблематично дифференцировать, если различия между многочисленными терминами не будут четко определены [24].

Различия между терминами, определяющими виды травмы, отражают различные цели и намерения, для которых первоначально разрабатывался каждый термин, однако, могут быть также связаны с концептуально-теоретическими основами исследований. Психодинамические дескрипторы травмы, такие как травма отношений, травма привязанности и травма предательства, определяют опыт отношений с двуправленным воздействием, как взаимные сознательные и подсознательные переживания [7; 17; 29; 32]. Так, травматические отношения привязанности могут оказывать негативное влияние на формирование базового чувства доверия и безопасности и формирование личности [32].

Как правило, привязанность между ребенком и воспитателем является главным источником безопасности и стабильности в жизни ребенка, а отсутствие безопасной привязанности как правило приводит к трудностям в развитии базовых способностей к саморегуляции и стойким проблемам в межличностных отношениях [9]. Понимание травмы привязанности основано на теории привязанности и оценке влияния ранних, в течение первых двух лет жизни ребенка, близких отношений на формирование самости и чувства безопасности, для чего необходима тесная эмоциональная связь при высокой степени зависимости между ребенком и основным воспитателем [32].

Если отношения ребенка и воспитателя становятся источником травмы, чувство привязанности серьезно нарушается. Когда ухаживающий за ребенком взрослый слишком занят, отстранен, непредсказуем, эмоционально недоступен или подавлен, чтобы обеспечить надежные отношения, дети легко впадают в депрессию и не могут научиться сотрудничать с другими, так как их собственные внутренние ресурсы недостаточны. Это создает почву для многих проблем. Из первичных незащищенных паттернов наиболее проблематичным для социальной адаптации детей является дезорганизованная привязанность [32]. У детей младшего возраста дезорганизованные паттерны привязанности состоят из неустойчивого поведения по отношению к воспитателям: попеременно «цепляющегося», пренебрегающего и агрессивного. У детей старшего возраста, подростков и взрослых дезорганизованная привязанность проявляется в ригидном, экстремальном или диссоциированном поведении, направленном на выживание. Причиной травмы привязанности, кроме травмирующих взаимоотношений в диаде ребенок-взрослый, могут стать также усыновление, смерть родителей или сепарация с ними в раннем детстве [24; 33; 31].

Травма предательства была впервые определена З. Фрейдом как переживание глубокого обмана, предательства со стороны близких, а также со стороны другого человека, которому доверяли и от которого зависели [24; 29]. Детская травма предательства часто наблюдается в ситуации внутрисемейного сексуального насилия и впоследствии негативно влияет как на

развитие отношений привязанности и любви, так и на процессе индивидуации [10; 24; 29].

Еще один вид травмы отношений — межпоколенная или трансгенерационная травма, это процесс, посредством которого элементы родительского травматического опыта передаются детям следующего поколения [21; 22; 33]. Первоначально она определялась как травматическое событие, которое закончилось, но продолжает влиять на последующие поколения. Однако позднее было замечено наличие в межпоколенной травме не только завершенного, но и актуального травматического переживания, захватившего более, чем одно поколение, а также достигнуто понимание сложности причинно-следственных связей, механизмов и последствий травм, оказывающих влияние на всех членов семьи [24].

Травма поколений характеризуется размытыми границами между самоидентификацией личности и другими, когда репрезентации травмы, пережитой значимым другим, включается в собственную индивидуальную структуру [22]. Межпоколенная травма менее обособлена и динамична, чем другие виды травмы отношений; она скорее сама является предпосылкой для развития травматической привязанности и нарушения формирования самости и идентичности [21; 24; 32].

Все вышеперечисленные виды психологической травмы подпадают под более общую категорию межличностной травмы, которая охватывает как сам акт, так и последствия травматического события, пережитого вследствие угрожающих, неконтролируемых и неожиданных действий других людей, часто знакомого и доверенного человека, например, родственника. Эти травматические события зачастую происходят в семье и включают жестокое обращение, межличностное насилие: физическое и эмоциональное, агрессивное нападение, пренебрежение физическими и/или психологическими потребностями и др. [2; 6; 7; 9; 16; 18; 19; 24; 25; 27; 33; 31].

Травматические последствия любого из видов межличностной травмы в семейных взаимоотношениях разнообразны, однако, когда воздействие происходит или начинается в детском возрасте, его последствия могут быть особенно глубокими и длиться всю жизнь. Они захватывают все уровни жизнедеятельности человека: нейробиологические изменения в головном мозге, сопутствующие заболевания, риски развития патологии, подверженность другим травмам, межличностные и внутренние конфликты, а также устойчивые паттерны представлений о себе и о других. Ван дер Колк и его коллеги (Van der Kolk et al.) установили, что травма имеет наибольшее влияние на личность, если она происходит в детстве или в подростковом возрасте, и менее разрушительна во взрослой жизни. 50% участников их комплексного исследования с выраженной симптоматикой психологической травмы испытали травматический стресс в возрасте до 11 лет [13; 35]. Кроме того, по сравнению с безличными экстремальными стрессорами, такими как стихийные бедствия или дорожно-транспортные происшествия, межлич-

ностная травма в детстве имеет более пагубные и тяжелые последствия из-за ее личностного и преднамеренного характера [7].

Общим негативным результатом детской межличностной травмы является нарушение у ребенка способности к эмоциональной саморегуляции, что на поведенческом уровне можно распознать, как стратегию сдерживания отрицательных эмоций посредством избегающего или дисфункционального поведения. Подобные поведенческие паттерны имеют своей целью снижение уровня эмоционального напряжения, при этом наиболее распространенные из них — самоповреждающее и рискованное поведение, обжорство/голодание, компульсивно-импульсивные действия, а также агрессивное и сексуальное поведение [24].

Эмпирические исследования убедительно свидетельствуют о том, что взрослые, пережившие детскую межличностную травму, как правило, демонстрируют нарушение регуляции аффекта, что проявляется в эмоциональной нестабильности, склонности к чрезмерным реакциям на негативные или стрессовые события, в проблемах с контролем внешнего выражения сильных эмоций и, как уже отмечалось, в использовании дисфункциональных поведенческих моделей снижения эмоционального напряжения [10; 15; 34]. Так, подавляющее большинство женщин и мужчин с нервной анорексией, нервной булимией и расстройством пищевого поведения в анамнезе сообщали о детской межличностной травме [7].

В контексте ранней межличностной травмы у переживших ее людей могут развиваться негативные убеждения, когнитивные установки и поведенческие модели, отрицательно влияющие на формирование и поддержание устойчивых межличностных отношений на протяжении всей жизни. Перенесшие детскую межличностную травму склонны к заниженной самооценке и переоценке степени опасности, особенно при хронической форме травмы, в результате чего у них формируется убеждение, что человек не в состоянии как-либо повлиять на будущие потенциально негативные события [7; 10; 34].

Эмпирические исследования свидетельствуют о том, что дети, перенесшие межличностную травму, зачастую имеют искаженные представления о себе и окружающем мире, а это может стать основой для генерализованного чувства стыда и вины, низкой самооценки и формирования внешнего локуса контроля [7; 20; 33]. Самобичевание, стыд и чувство вины являются обычными последствиями детской межличностной травмы и могут привести к тому, что жертва будет считать себя ответственной за виктимизацию и даже думать, что она сама «просила об этом» или «заслужила это» [7].

Результаты эпидемиологических исследований, охватывающих значительную часть взрослого населения США и Канады указывают на то, что наличие психотравмирующих событий в детстве, как правило, приводит к множественным соматическим проблемам,

включая болезни пищеварительной и сердечно-сосудистой системы, диабет, заболевания костной системы и даже рак. Те, кто испытал три и более травмирующих события в детстве, в два раза чаще подвержены развитию вышеперечисленных заболеваний, чем их сверстники, не пережившие травмирующих событий. Кроме того, у них отмечаются более высокие показатели распространенности психических расстройств, включая депрессию, тревогу, психосоматические нарушения, диссоциацию и симптоматику ПТСР [7; 10; 20; 34].

В конечном итоге, множественные психологические и соматические проблемы могут принимать хронический характер и приводить к снижению уровня межличностного и профессионального функционирования, социальной дезадаптации и к повышению суицидального риска. Развитие суицидальных мыслей и поведения является одним из наиболее тревожных последствий детской межличностной травмы. Существует мнение, что психологическое, физическое и сексуальное насилие в детстве связано в последующей жизни с суицидальными идеями, угрозами или попытками [3; 7; 10; 20; 24; 25].

Результаты эмпирических исследований в большинстве своем свидетельствуют о переживании детьми множественных видов межличностной травмы, приводящих к поливиктимизации или к кумулятивной травме [6; 7; 10; 13; 17; 18; 21; 24; 27; 34; 31]. Некоторые исследователи также называют это явление комплексной детской травмой, поскольку оно включает в себя воздействие многочисленных, часто продолжительных неблагоприятных для развития ребенка травматических событий, которые происходят в раннем возрасте [9; 16; 19; 26; 28]. В отличие от других видов, кумулятивная травма имеет признаки множества сопутствующих друг другу симптомов, испытываемых одновременно, и включает в себя основную травму, травму-триггер и периферическую травму, что добавляет сложности данному синдрому и его оценке [6; 10; 18; 24; 27; 31]. Отмечают кумулятивный эффект воздействия травмы в детстве по отношению к риску возникновения различных социальных, психологических и физических проблем со здоровьем, возрастающих по мере увеличения числа типов виктимизации [6; 7; 10].

Большинство экстремальных травматических событий с детьми и подростками происходит в их непосредственном социальном окружении. Семьи с безнадзорными или регулярно подвергающимися насилию детьми часто имеют целый ряд дополнительных факторов риска, таких как психические расстройства у родителей, бедность, стесненные условия жизни или социальная изоляция [33]. Дети и семьи, оставшиеся без крова, с высокой степенью вероятности испытывают на себе воздействие целого спектра экстремальных стресс-факторов, включая голод, дисфункциональные отношения в семье, слабую социальную поддержку, недостаток экономических ресурсов; они либо подвержены домашнему насилию, либо соседствуют с ним, а также вероятно взаимодействуют с агрессивными или

имеющими психологические проблемы/ психические расстройства родителями [17; 18; 19; 20].

Подобные ситуации и условия развития ребенка неизбежно создают феномен комплексной травмы или поливиктимизации. Данный термин используется для описания множественных форм насилия, пренебрежения, издевательств и других виктимизирующих межличностных взаимодействий. Дети, перенесшие комплексную травматизацию, подвержены риску дополнительного травматического воздействия и в течение всей жизни испытывают различные проблемы, включая психические и аддиктивные расстройства, хронические соматические заболевания, а также социальные, профессиональные и семейные трудности [2; 3; 7; 10; 15; 18; 19; 20; 25]. Их симптоматика часто отвечает диагностическим критериям депрессии, синдрома дефицита внимания/ гиперактивности (СДВГ), расстройства поведения, тревожных расстройств, нарушений пищевого поведения, сна, реактивных расстройств и др. [8; 28]. Однако каждый из этих диагнозов отражает лишь ограниченный аспект сложных эмоциональных, регуляторных и поведенческих проблем травмированного ребенка. Более полное представление о воздействии комплексной травмы можно получить, только изучив ее влияние на его индивидуальное развитие [13; 15; 16; 33; 35].

В то время как «межличностная травма» является широким описательным термином, часто используемым в неакадемической литературе, понятия «комплексная травма» и «травма развития» были предложены психиатрами как диагностические дескрипторы, основываясь на результатах исследований последствий тяжелой пролонгированной межличностной травматизации с сопутствующими расстройствами, с целью повышения эффективности их диагностики и лечения [4; 13; 15; 16; 19; 26; 30; 35].

При дифференциации травматического опыта травма развития характеризуется нарушением стабильности и непрерывности, необходимых для нормального развития, в том числе нейробиологического, в частности для формирования способности интегрировать чувственную, эмоциональную и когнитивную информацию в единое целое [13; 35]. В то время как, комплексную травму отличают прежде всего нарушения саморегуляции, особенно в том, что касается реакции на сильные эмоции, их проявление и контроль [15; 16].

Травма развития провоцируется серьезными травматическими актами в отношениях с основным воспитателем, которые особенно негативно влияют на развитие ребенка [13; 35]. Комплексная травма предполагает повторяющееся и хроническое воздействие экстремальных межличностных факторов, что вызывает интенсивный негативный аффект, включая сильный страх и чувство бессилия, и препятствует развитию соответствующих возрасту гибких стратегий совладания [15; 16; 25].

Комплексное травматическое расстройство, непосредственно связанное с переживанием экстремально-

го стресса, впервые было представлено для включения DSM-IV как DESNOS (Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified) [26], но было отклонено членами Комитета по диагностике и статистике психических расстройств США из-за отсутствия достаточного количества исследований его диагностической валидности. После этого концепция была пересмотрена, сориентирована на детей и подростков и получила название «расстройство травмы развития» (Developmental Trauma Disorder — DTD). Сторонники DTD обратились к разработчикам DSM-V с просьбой признать травму развития новым расстройством, но снова получили отказ из-за «недостаточного количества доказательных исследований».

Несмотря на настойчивое противодействие признанию комплексной травмы самостоятельным диагностическим конструктом, в DSM-V стрессовые расстройства были выведены из категории тревожных расстройств и выделены в самостоятельную категорию — «Расстройства, вызванные воздействием травмы и стрессора». Кроме того, симптоматика ПТСР была пересмотрена с добавлением нового кластера симптомов «D», включающего изменение настроения и когнитивных функций в результате травматического опыта. Был также выделен диссоциативный подтип ПТСР, который клинически напоминает кластер симптомов, характерных для комплексного ПТСР [8]. Особенно важно то, что в DSM-V была дополнительно введена модифицированная возрастная подкатегория ПТСР — «Посттравматическое стрессовое расстройство у детей в возрасте шести лет и моложе», диагностические критерии которого существенно отличались по ряду параметров от критериев ПТСР для детей старше шести лет [12].

Всесторонний анализ эмпирических исследований, проведенный с целью оценки проявлений и последствий комплексной травмы, позволил сторонникам данного подхода выделить семь основных областей нарушений, наблюдаемых у подвергшихся экстремальному травматическому воздействию детей:

- 1) регуляция аффектов и импульсов;
- 2) нарушения внимания и мышления;
- 3) изменение самовосприятия;
- 4) специфическое восприятие агрессора;
- 5) нарушения во взаимоотношениях с окружающими;
- 6) соматическая симптоматика;
- 7) трансформация смысловых структур [13].

Клинические исследования показали, что комплексное травматическое расстройство имеет прямую взаимосвязь с пережитыми травмами, носящими множественный или повторяющийся характер и связанными с межличностным взаимодействием. При комплексной травматизации ключевым нарушением становится аффективная дисрегуляция — сложности с управлением эмоциональным состоянием [2; 3]. Такие пациенты склонны реагировать на малейший стресс, легко выходят из себя, излишне импульсивно реагируют на нейтральные стимулы, им сложно успокоиться, и они могут прибегать к крайним мерам в попытках справиться со

своими эмоциями, таким как самоповреждение, прием наркотиков, заедание, компенсирующая сексуальная активность. Как правило, они испытывают сложности с проявлением гнева или его контролем и могут быть склонны к импульсивным поступкам, подвергающим жизнь опасности [13; 15; 25; 26].

Многие пострадавших привыкают справляться с тяжелыми травматическими переживаниями посредством диссоциации, отделяя этот опыт от своего повседневного функционирования. Как отмечает ван дер Колк и его коллеги (Van der Kolk et al.), эти «отделенные» аспекты травматического опыта, носят, как правило, перцептивный или сенсорный характер, и могут восприниматься как необъяснимые физические ощущения, которые невозможно передать словами и описать. К тому же, пациенты, перенесшие хроническую травму, приобретают навык диссоциировать ощущения тела от происходящих событий, поскольку при травме их тело становится связанным с опасностью и тяжелыми переживаниями [13; 36].

Комплексная психологическая травматизация также приводит к использованию примитивных защитных механизмов (расщепление и диссоциация), что вызывает дополнительные эмоциональные и межличностные проблемы, снижение жизнестойкости, повышает риск депрессивных, тревожных и психосоматических расстройств. Связанные с травмой симптомы часто выходят за рамки собственно стрессового расстройства в виде множественной дополнительной симптоматики, включая депрессию, диссоциацию, злоупотребление психоактивными веществами, самоповреждающее и саморазрушающее поведение, соматические симптомы и высокую коморбидность с другими психологическими расстройствами [6; 7; 8; 10; 18; 26; 28; 36; 37]. Такая расширенная симптоматика мешает дифференциации комплексной травмы от аффективных расстройств и от ПТСР, которое в случае хронического течения также может приводить к подобным последствиям [8].

Гендерные исследования последствий комплексной психологической травмы показали, что мужчины чаще всего травмируются в результате несчастных случаев, военных действий, нападений и стихийных бедствий. В то время как, злоупотребление и насилие в детском возрасте является наиболее частой причиной психологической травматизации женщин. От 17 до 33% женщин в генеральной популяции сообщают об истории сексуального и физического насилия, а в психиатрических учреждениях показатели варьируются от 35 до 50%. Женщины с гораздо большей вероятностью будут травмированы в контекст интимных отношений, чем мужчины; 63% из почти 4 миллионов зарегистрированных нападений на мужчин совершают незнакомцы, в то время как 62% из почти 3 миллионов нападений на женщин в США совершают люди, которых они знают [13].

Исследования, проведенные на детской популяции, показали, что мальчики чаще девочек подвергаются физическому насилию в семье, в то время как, девочки чаще подвергаются сексуальному насилию, а

также насилию со стороны воспитателя. Гендерные различия прослеживаются в нескольких областях симптомов: у девочек наблюдались более высокие уровни депрессии, диссоциации, посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), гипервозбуждения и общих симптомов комплексного ПТСР. Таким образом, после комплексной травмы дети женского пола могут подвергаться более высокому риску возникновения расстройств, непосредственно обусловленных экстремальным стрессом [37].

Результатом многочисленных исследований комплексной психологической травмы и ее последствий, их активного обсуждения научным сообществом и длительных дискуссий в среде специалистов [1; 8; 14; 15; 25; 26; 28; 36; 31] стало включение Комплексного посттравматического стрессового расстройства (C-PTSD) в одиннадцатый пересмотр Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем — МКБ-11 (ICD-11), который был принят Всемирной организацией здравоохранения — ВОЗ (WHO), в мае 2019 г. и должен вступить в действие 1 января 2022 г. [23].

Принципиально важным в новой редакции МКБ является выделение раздела «Расстройства, непосредственно связаны со стрессом» (*disorders specifically associated with stress*), в который помещены стрессовые расстройства. Кроме того, в МКБ-11:

- представлена более узкая концепция ПТСР;
- введен новый диагностический конструкт «комплексное ПТСР» (*complex PTSD*);
- введен новый диагноз «длительное расстройство горя» (*prolonged grief disorder*);
- конкретизированы симптомы «расстройства адаптации» (*adaptation disorder*);
- пересмотрена концепция «острой реакции на стресс» (*acute stress reaction*).

Комплексное ПТСР (C-PTSD) заменила в МКБ-11 перекрывающуюся с ней категорию МКБ-10 «Стойкое изменение личности после переживания катастроф» и была определена как расстройство, которое возникает после воздействия чрезвычайного и/или длительного стресса, от воздействия которого трудно или невозможно избавиться. Расстройство характеризуется основными (стержневыми) симптомами ПТСР, а также развитием устойчивых «нарушений самоорганизации» (*disturbances in self-organization — DSO*), включая:

- трудности в регуляции эмоций (*affect dysregulation*);
- негативную Я-концепцию (*negative self-concept*), ощущение себя как униженного, ничего не стоящего человека;
- нарушения взаимоотношений (*disturbances in relationships*) [23].

Хотя «стойкие изменения личности» не включены в диагностические критерии комплексного ПТСР, предполагается, что устойчивые, персеверирующие «нарушения самоорганизации», особенно у пациентов, перенесших комплексную травму в раннем возрасте, неизбежно приводят к изменениям личности.

Официальное признание комплексной психологической травмы в качестве самостоятельной диагностической категории потребовало около тридцати лет многочисленных исследований, неоднократного анализа и концептуализации их результатов, повторяющихся попыток сторонников данного подхода отстаивать свои позиции в разнообразных дискуссиях и спорах, которые и сегодня не затихают, так как далеко не все принципиальные противоречия устранены. Концепция комплексного ПТСР позволила значительно расширить круг потенциально травматических событий далеко за рамки воздействий «опасных для жизни» за счет включения таких стресс-факторов, как пренебрежение потребностями, нарушения привязанности, психологическое насилие и др. [6; 9; 10; 13; 16; 17; 19; 24; 25; 33; 34; 35; 31]. Психологическая травма стала все чаще рассматриваться не как результат завершенного травматического воздействия — объективного внешнего процесса, а как процесс — развивающийся, внутренний, исключительно субъективный.

Комплексная психологическая травматизация представляет собой, как правило, типичную картину последовательных расстройств, то есть регуляторное расстройство в младенчестве, расстройства привязанности в дошкольном возрасте, гиперкинетические нарушения поведения или комбинированные поведенческие и эмоциональные расстройства в младшем школьном возрасте. В подростковом возрасте и позднее обычным явлением становятся расстройства личности, которые нередко сопровождаются злоупотреблением психоактивными веществами, самоповреждающим и рискованным поведением, соматическими заболеваниями, а также аффективными расстройствами [2; 3; 7; 18; 28; 34]. Можно со значительной долей уверенности предположить, что в основе столь многообразной симптоматики находятся одни и те же базовые нарушения аффективных и регуляторных функций — «стигмы» комплексной психологической травмы.

Однако, чтобы лучше понимать интрапсихические механизмы травматизации и, что особенно важно, находить эффективные пути «детравматизации» в каждом индивидуально взятом случае, необходима организация поли- и междисциплинарных «комплексных» исследований феномена «комплексной психологической травмы». Проблемы, связанные с проведением подобных исследований, заключаются во множестве физиологических, нейропсихологических, внутриличностных, средовых и межличностных, а также микро- и макро-средовых переменных, которые должны быть изучены и интегрированы для объективной оценки влияния на психику экстремальных стрессовых факторов на разных этапах и в разных контекстах психического и личностного развития. Решение таких задач потребует не только объединения усилий различных специалистов, сложных экспериментальных дизайнов, объемных баз данных и системных исследований, но и концептуальных интегративных моделей полифакторной детерминации комплексной психологической травматизации.

Литература

1. A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD / C.R. Brewin [et al.] // *Clinical Psychological Review*. 2017. Vol. 58. P. 1—15. DOI:10.1016/j.cpr.2017.09.001
2. Abnormal emotional processing in maltreated children diagnosed of Complex Posttraumatic Stress Disorder / C. Berto [et al.] // *Child Abuse & Neglect*. 2017. Vol. 73. P. 42—50. DOI:10.1016/j.chiabu.2017.09.020
3. Association of childhood complex trauma and dissociation with complex posttraumatic stress disorder symptoms in adulthood / A. van Dijke [et al.] // *Journal of Trauma & Dissociation*. 2015. Vol. 16. № 4. P. 428—441. DOI:10.1080/15299732.2015.1016253
4. *Bremness A., Polzin W. Commentary: Developmental trauma disorder: a missed opportunity in DSM-V* [Электронный ресурс] // *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2014. Vol. 23. № 2. P. 142—145. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4032083/pdf/ccap_23_p0142.pdf?tool=EBI (дата обращения: 17.03.2020).
5. *Breslau N., Kessler R.C.* The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder an empirical investigation // *Biological Psychiatry*. 2001. Vol. 50. № 9. P. 699—704. DOI:10.1016/s0006-3223(01)01167-2
6. Child abuse and neglect in institutional settings, cumulative lifetime traumatization, and psychopathological long-term correlates in adult survivors: The Vienna Institutional Abuse Study / B. Lueger-Schuster [et al.] // *Child Abuse & Neglect*. 2018. Vol. 76. P. 488—501. DOI:10.1016/j.chiabu.2017.12.009
7. Childhood Interpersonal Trauma and its repercussions in adulthood: an analysis of psychological and interpersonal sequelae / C. Dugal [et al.] // *A Multidimensional Approach to Post-Traumatic Stress Disorder — from Theory to Practice* / Eds. G. El-Baalbaki, C. Fortin. Rijeka: INTOCH, 2016. 244 p. DOI:10.5772/64476
8. Complex posttraumatic stress disorder: The need to consolidate a distinct clinical syndrome or to reevaluate features of psychiatric disorders following interpersonal trauma? / E. Giourou [et al.] // *World journal of psychiatry*. 2018. Vol. 8. № 1. P. 12—19. DOI:10.5498/wjp.v8.i1.12
9. Core conflict relationship patterns in complex trauma: A single-case study / K. van Nieuwenhove [et al.] // *Psychodynamic Practice*. 2018. Vol. 24. № 3. P. 245—260. DOI:10.1080/14753634.2018.1498801
10. Cumulative childhood maltreatment and its dose-response relation with adult symptomatology: findings in a sample of adult survivors of sexual abuse / I.M. Steine [et al.] // *Child Abuse & Neglect*. 2017. Vol. 65. P. 99—111. DOI:10.1016/j.chiabu.2017.01.008
11. *Damir D., Toader E.* Posttraumatic Stress Syndrome — Ethical and Biopsychosocial Implications // *Procedia — Social and Behavioral Sciences*. 2014. Vol. 149. P. 276—279. DOI:10.1016/j.sbspro.2014.08.229
12. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed.* / American Psychiatric Association. Washington DC; London: American Psychiatric Publishing, 2013. 970 p. DOI:10.1176/appi.books.9780890425596
13. Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma / B.A. van der Kolk [et al.] // *Journal of Traumatic Stress*. 2005. Vol. 18. № 5. P. 389—399. DOI:10.1002/jts.20047
14. Evidence of distinct profiles of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 trauma questionnaire (ICD-TQ) / T. Karatzias [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. 2017. Vol. 207. P. 181—187. DOI:10.1016/j.jad.2016.09.032
15. *Ford J.D.* Complex trauma and complex posttraumatic stress disorder // *APA handbooks in psychology. APA handbook of trauma psychology: Foundations in knowledge* / Ed. S.N. Gold. Washington, DC: American Psychological Association, 2017. P. 281—305. DOI:10.1037/0000019-015
16. *Ford J.D.* Complex Trauma and Development Trauma Disorder in Adolescence // *Adolescent Psychiatry*. 2017. Vol. 7. № 4. P. 220—235. DOI:10.2174/2210676608666180112160419
17. *Gerwitz A., Forgatch M., Wieling E.* Parenting practices as potential mechanisms for child adjustment following mass trauma // *Journal of Marital and Family Therapy*. 2008. Vol. 34. № 2. P. 177—192. DOI:10.1111/j.1752-0606.2008.00063.x
18. *Hebert M., Langevin R., Oussaid E.* Cumulative childhood trauma, emotion regulation, dissociation, and behavior problems in school-aged sexual abuse victims // *Journal of Affective Disorders*. 2018. Vol. 225. P. 306—312. DOI:10.1016/j.jad.2017.08.044
19. *Herman J.L.* Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma // *Journal of Traumatic Stress*. 1992. Vol. 5. № 3. P. 377—391. DOI:10.1007/BF00977235
20. *Herman J.L.* Trauma and recovery. New York: Basic Books, 1997. 290 p.
21. Hidden burdens: a review of intergenerational, historical and complex trauma, implications for indigenous families / L. O'Neill [et al.] // *Journal of Child & Adolescent Trauma*. 2018. Vol. 11. № 2. P. 173—186. DOI:10.1007/s40653-016-0117-9
22. Intergenerational transmission of attachment in abused and neglected mothers: the role of trauma-specific reflective functioning / N. Berthelot [et al.] // *Infant Mental Health Journal*. 2015. Vol. 36. № 2. P. 200—212. DOI:10.1002/imhj.21499
23. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)* [Электронный ресурс] / World Health Organization. Geneva: World Health Organization, 2004. 1200 p. URL: <https://books.google.ru/books?id=Tw5eAtsatiUC&pg=PA1&ots=03f-j-oGjN&lr&hl=ru&pg=PA1#v=onepage&q&f=false> (дата обращения: 01.02.20).

24. *Isobel S., Goodyear M., Foster K.* Psychological trauma in the context of familial relationships: a concept analysis // *Trauma, Violence and Abuse*. 2017. Vol. 20. № 4. P. 549—559. DOI:10.1177/1524838017726424
25. *Kinsler Ph.J.* Complex psychological trauma: the centrality of relationship. London; New York: Routledge, 2017. 200 p.
26. *Luxenberg T., Spinazzola J., van der Kolk B.* Complex Trauma Disorders of Extreme Stress (DESNOS), Part One: Assessment [Электронный ресурс] // *Directions in Psychiatry*. 2001. Vol. 21. № 25. P. 372—392. URL: <https://complextrauma.org/wp-content/uploads/2019/01/CPTSD-1-Joseph-Spinazzola.pdf> (дата обращения: 01.02.20).
27. *McLaughlin K.A., Sheridan M.A.* Beyond cumulative risk: A dimensional approach to childhood adversity // *Current Directions in Psychological Science*. 2016. Vol. 25. № 4. P. 239—245. DOI:10.1177/0963721416655883
28. *Mosquera D., Steele K.* Complex trauma, dissociation and Borderline Personality Disorder: working with integration failures // *European Journal of Trauma & Dissociation*. 2017. Vol. 1. № 1. P. 63—71. DOI:10.1016/j.ejtd.2017.01.010
29. *Platt M.G., Freyd J.J.* Betray my trust, shame on me: Shame, dissociation, fear, and betrayal trauma // *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*. 2015. Vol. 7. № 4. P. 398—404. DOI:10.1037/tra0000022
30. *Schmid M., Peterman F., Fegert J.M.* Developmental trauma disorder: pros and cons of including formal criteria in the psychiatric diagnostic systems [Электронный ресурс] // *BMS Psychiatry*. 2013. Vol. 13. № 3. 12 p. URL: <https://bmepsychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-244X-13-3> (дата обращения: 01.02.20).
31. *Spinazzola J., van der Kolk B., Ford J.D.* When nowhere is safe: Interpersonal Trauma and Attachment Adversity as antecedents of Posttraumatic Stress Disorder and Developmental Trauma Disorder // *Journal of Traumatic Stress*. 2018. Vol. 31. № 5. P. 631—642. DOI:10.1002/jts.22320
32. *Tassie A.K.* Vicarious resilience from attachment trauma: Reflections of long-term therapy with marginalized young people // *Journal of Social Work Practice*. 2015. Vol. 29. № 2. P. 191—204. DOI:10.1080/02650533.2014.933406
33. Understanding interpersonal trauma in children: why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis / W. D'Andrea [et al.] // *American Journal of Orthopsychiatry*. 2012. Vol. 82. № 2. P. 187—200. DOI:10.1111/j.1939-0025.2012.01154.x
34. Unseen wounds: The contribution of psychological maltreatment to child and adolescent mental health and risk outcomes / J. Spinazzola [et al.] // *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*. 2014. Vol. 6. № S1. P. 18—28. DOI:10.1037/a0037766
35. *Van der Kolk B. A.* Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories // *Psychiatric Annals*. 2005. Vol. 35. № 5. P. 401—408. DOI:10.3928/00485713-20050501-06
36. Variation in post-traumatic response: the role of trauma type in predicting ICD-11 PTSD and CPTSD symptoms / P. Hyland [et al.] // *Social Psychiatry and Psychiatric*. 2017. Vol. 52. P. 727—36. DOI:10.1007/s00127-017-1350-8
37. *Wamser-Nanney R., Cherry K.E.* Children's trauma-related symptoms following complex trauma exposure: evidence of gender difference // *Child Abuse & Neglect*. 2018. Vol. 77. P. 188—197. DOI:10.1016/j.chiabu.2018.01.009

References

1. Brewin C.R. et al. A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychological Review*, 2017. Vol. 58, pp. 1—15. DOI:10.1016/j.cpr.2017.09.001
2. Berto C. et al. Abnormal emotional processing in maltreated children diagnosed of Complex Posttraumatic Stress Disorder. *Child Abuse & Neglect*, 2017. Vol. 73, pp. 42—50. DOI:10.1016/j.chiabu.2017.09.020
3. van Dijke A. et al. Association of childhood complex trauma and dissociation with complex posttraumatic stress disorder symptoms in adulthood. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2015. Vol. 16, no. 4, pp. 428—441. DOI:10.1080/15299732.2015.1016253
4. Bremness A., Polzin W. Commentary: Developmental trauma disorder: a missed opportunity in DSM-V [Elektronnyy resurs]. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2014. Vol. 23, no. 2, pp. 142—145. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4032083/pdf/ccap_23_p0142.pdf/?tool=EBI (Accessed 17.03.2020).
5. Breslau N., Kessler R.C. The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder an empirical investigation. *Biological Psychiatry*, 2001. Vol. 50, no. 9, pp. 699—704. DOI:10.1016/s0006-3223(01)01167-2
6. Lueger-Schuster B. et al. Child abuse and neglect in institutional settings, cumulative lifetime traumatization, and psychopathological long-term correlates in adult survivors: The Vienna Institutional Abuse Study. *Child Abuse & Neglect*, 2018. Vol. 76, pp. 488—501. DOI:10.1016/j.chiabu.2017.12.009
7. Dugal C. et al. Childhood Interpersonal Trauma and its repercussions in adulthood: an analysis of psychological and interpersonal sequelae. In El-Baalbaki G., Fortin C. (eds.), *A Multidimensional Approach to Post-Traumatic Stress Disorder — from Theory to Practice*. Rijeka: INTOCH, 2016. 244 p. DOI:10.5772/64476
8. Giourou E. et al. Complex posttraumatic stress disorder: The need to consolidate a distinct clinical syndrome or to reevaluate features of psychiatric disorders following interpersonal trauma? *World journal of psychiatry*, 2018. Vol. 8, no. 1, pp. 12—19. DOI:10.5498/wjp.v8.i1.12
9. van Nieuwenhove K. et al. Core conflict relationship patterns in complex trauma: A single-case study. *Psychodynamic Practice*, 2018. Vol. 24, no. 3, pp. 245—260. DOI:10.1080/14753634.2018.1498801

10. Steine I.M. et al. Cumulative childhood maltreatment and its dose-response relation with adult symptomatology: findings in a sample of adult survivors of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 2017. Vol. 65, pp. 99—111. DOI:10.1016/j.chiabu.2017.01.008
11. Damir D., Toader E. Posttraumatic Stress Syndrome — Ethical and Biopsychosocial Implications. *Procedia — Social and Behavioral Sciences*, 2014. Vol. 149, pp. 276—279. DOI:10.1016/j.sbspro.2014.08.229
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. 5th ed. Washington DC; London: American Psychiatric Publishing, 2013. 970 p. DOI:10.1176/appi.books.9780890425596
13. Van der Kolk B.A. et al. Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 2005. Vol. 18, no. 5, pp. 389—399. DOI:10.1002/jts.20047
14. Karatzias T. et al. Evidence of distinct profiles of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 trauma questionnaire (ICD-TQ). *Journal of Affective Disorders*, 2017. Vol. 207, pp. 181—187. DOI:10.1016/j.jad.2016.09.032
15. Ford J.D. Complex trauma and complex posttraumatic stress disorder. In Gold S.N. (ed.), *APA handbooks in psychology. APA handbook of trauma psychology: Foundations in knowledge*. Washington, DC: American Psychological Association, 2017, pp. 281—305. DOI:10.1037/0000019-015
16. Ford J.D. Complex Trauma and Development Trauma Disorder in Adolescence. *Adolescent Psychiatry*, 2017. Vol. 7, no. 4, pp. 220—235. DOI:10.2174/2210676608666180112160419
17. Gerwitz A., Forgatch M., Wieling E. Parenting practices as potential mechanisms for child adjustment following mass trauma. *Journal of Marital and Family Therapy*, 2008. Vol. 34, no. 2, pp. 177—192. DOI:10.1111/j.1752-0606.2008.00063.x
18. Hebert M., Langevin R., Oussaid E. Cumulative childhood trauma, emotion regulation, dissociation, and behavior problems in school-aged sexual abuse victims. *Journal of Affective Disorders*, 2018. Vol. 225, pp. 306—312. DOI:10.1016/j.jad.2017.08.044
19. Herman J.L. Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 1992. Vol. 5, no. 3, pp. 377—391. DOI:10.1007/BF00977235
20. Herman J.L. Trauma and recovery. New York: Basic Books, 1997. 290 p.
21. O'Neill L. et al. Hidden burdens: a review of intergenerational, historical and complex trauma, implications for indigenous families. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 2018. Vol. 11, no. 2, pp. 173—186. DOI:10.1007/s40653-016-0117-9
22. Berthelot N. et al. Intergenerational transmission of attachment in abused and neglected mothers: the role of trauma-specific reflective functioning. *Infant Mental Health Journal*, 2015. Vol. 36, no. 2, pp. 200—212. DOI:10.1002/imhj.21499
23. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) [Elektronnyi resurs]. Geneva: World Health Organization, 2004. 1200 p. URL: <https://books.google.ru/books?id=Tw5eAtsatiUC&pg=PA1&ots=o3f-j-oGjN&lr&hl=ru&pg=PA1#v=onepage&q&f=false> (Accessed 01.02.20).
24. Isobel S., Goodyear M., Foster K. Psychological trauma in the context of familial relationships: a concept analysis. *Trauma, Violence and Abuse*, 2017. Vol. 20, no. 4, pp. 549—559. DOI:10.1177/1524838017726424
25. Kinsler Ph.J. Complex psychological trauma: the centrality of relationship. London; New York: Routledge, 2017. 200 p.
26. Luxenberg T., Spinazzola J., van der Kolk B. Complex Trauma Disorders of Extreme Stress (DESNOS), Part One: Assessment [Elektronnyi resurs]. *Directions in Psychiatry*, 2001. Vol. 21, no. 25, pp. 372—392. URL: <https://complextrauma.org/wp-content/uploads/2019/01/CPTSD-1-Joseph-Spinazzola.pdf> (Accessed 01.02.20).
27. McLaughlin K.A., Sheridan M.A. Beyond cumulative risk: A dimensional approach to childhood adversity. *Current Directions in Psychological Science*, 2016. Vol. 25, no. 4, pp. 239—245. DOI:10.1177/0963721416655883
28. Mosquera D., Steele K. Complex trauma, dissociation and Borderline Personality Disorder: working with integration failures. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 2017. Vol. 1, no. 1, pp. 63—71. DOI:10.1016/j.ejtd.2017.01.010
29. Platt M.G., Freyd J.J. Betray my trust, shame on me: Shame, dissociation, fear, and betrayal trauma. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 2015. Vol. 7, no. 4, pp. 398—404. DOI:10.1037/tra0000022
30. Schmid M., Peterman F., Fegert J.M. Developmental trauma disorder: pros and cons of including formal criteria in the psychiatric diagnostic systems [Elektronnyi resurs]. *BMS Psychiatry*, 2013. Vol. 13, no. 3, 12 p. URL: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-244X-13-3> (Accessed 01.02.20).
31. Spinazzola J., van der Kolk B., Ford J.D. When nowhere is safe: Interpersonal Trauma and Attachment Adversity as antecedents of Posttraumatic Stress Disorder and Developmental Trauma Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 2018. Vol. 31, no. 5, pp. 631—642. DOI:10.1002/jts.22320
32. Tassie A.K. Vicarious resilience from attachment trauma: Reflections of long-term therapy with marginalized young people. *Journal of Social Work Practice*, 2015. Vol. 29, no. 2, pp. 191—204. DOI:10.1080/02650533.2014.933406
33. D'Andrea W. et al. Understanding interpersonal trauma in children: why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2012. Vol. 82, no. 2, pp. 187—200. DOI:10.1111/j.1939-0025.2012.01154.x
34. Spinazzola J. et al. Unseen wounds: The contribution of psychological maltreatment to child and adolescent mental health and risk outcomes. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 2014. Vol. 6, no. S1, pp. 18—28. DOI:10.1037/a0037766

35. Van der Kolk B. A. Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 2005. Vol. 35, no. 5, pp. 401—408. DOI:10.3928/00485713-20050501-06
36. Hyland P. et al. Variation in post-traumatic response: the role of trauma type in predicting ICD-11 PTSD and CPTSD symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric*, 2017. Vol. 52, pp. 727—36. DOI:10.1007/s00127-017-1350-8
37. Wamser-Nanney R., Cherry K.E. Children's trauma-related symptoms following complex trauma exposure: evidence of gender difference. *Child Abuse & Neglect*, 2018. Vol. 77, pp. 188—197. DOI:10.1016/j.chiabu.2018.01.009

Информация об авторах

Екимова Валентина Ивановна, доктор психологических наук, профессор, кафедра научных основ экстремальной психологии, факультет Экстремальной психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1480-3571>, e-mail: iropse@mail.ru

Лучникова Елена Павловна, магистрант, кафедра научных основ экстремальной психологии, факультет Экстремальной психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1238-5852>, e-mail: elenaluchnikova@gmail.com

Information about the authors

Valentina I. Ekimova, Doctor of Psychology, Professor, Chair of Scientific Basis of Extreme Psychology, Department of Extreme Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1480-3571>, e-mail: iropse@mail.ru

Elena P. Luchnikova, Master Student, Chair of Scientific Basis of Extreme Psychology, Department of Extreme Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1238-5852>, e-mail: elenaluchnikova@gmail.com

Получена 10.02.2020
Принята в печать 13.03.2020

Received 10.02.2020
Accepted 13.03.2020