

ПРОЦЕСС ТРАВМЫ

Л.В. Трубицына

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ



УДК 159.922.1

ББК 88.37

Т 771

РЕДАКТОРЫ-СОСТАВИТЕЛИ СЕРИИ
Д.А.ЛЕОНТЬЕВ И А.Н.МОХОВИКОВ

Т 771 Трубицына Л.В. Процесс травмы. М.: Смысл; ЧеРо, 2005. — 218 с.

Книга посвящена исследованию феномена психической (психологической) травмы, представленной как единый процесс переживания травмирующего события. Автор считает, что психическая травма является нормальным элементом психологического развития человека. Рассматриваются закономерности и механизмы протекания этого процесса, а также методы оказания психологической помощи на разных его этапах.

Книга предназначена для психологов, психотерапевтов и всех тех, кто работает с людьми, перенесшими психическую травму.

ISBN 5-89357-211-4 («Смысл»)

ISBN 5-88711-247-6 («ЧеРо»)

© Издательство «Смысл», 2005

Введение

В последние годы в мире все более очевидной становится тенденция повышения внимания к экстремальным событиям, происходящим на планете, поведению людей в экстремальных ситуациях и помощи людям, в этих ситуациях пострадавшим. Такое внимание, с одной стороны, определяется глобализацией, постоянно углубляющимся, расширяющимся и ускоряющимся планетарным объединением человечества и сопутствующими ему конфликтами, а с другой стороны, ростом планетарного сознания людей и их ответственности за судьбы других людей и народов. В этой ситуации естественно, что психологическая наука становится одной из основных опор в исследовании и разрешении проблем, связанных с экстремальными ситуациями. Изучение последствий техногенных и экологических катастроф, военных и политических конфликтов позволило увидеть, насколько часто человек, ставший жертвой экстремальной ситуации, оказывается один на один с бедой, лишенный необходимой помощи и поддержки. Особую значимость эти проблемы приобрели в России, точнее, в постсоветском пространстве. Распад СССР и тяжелейший экономический и политический кризис вызвали к жизни громадное количество ситуаций, травмирующих и разрушающих людей как физически, так и психологически.

Все это сделало исключительно актуальными исследования проблемы психической (или психологической, как нередко ее называют в научной литературе) травмы и, как следствие, создание службы психологической помощи перенесшим ее людям. На сегодняшний день существует большое количество разрозненных исследований, посвященных отдельным последствиям отдельных видов психической травмы. Настало время попытаться синтези-

ровать разрозненные знания в представления о психологической травме как о целостном процессе со своими этапами и закономерностями.

Осуществляемая в течение пятнадцати лет попытка конкретно-научной разработки такого синтеза в области исследований психологической травмы позволяет автору — и в этом одна из основных задач предложенной работы — представить переживание травмы субъектом не как набор отдельных патологических последствий травмы (ПТСР, депрессии, фобий, психопатизации и т.д.), а как единый психологический процесс переживания травмирующего события, обладающего вполне определенной фазовой динамикой. Такой подход, в свою очередь, позволяет представить переживание психической травмы не как что-то из ряда вон выходящее, а как нормальный элемент психологического развития человека. Используя понятие «нормальный», мы подразумеваем, во-первых, что психическая травма и ее переживание встречаются в жизни практически каждого человека, и, во-вторых, в большинстве случаев исход переживания ведет к интеграции события в психический опыт человека без искажения его развития и без формирования различных патологических синдромов. Как нельзя человеку прожить жизнь без ушибов и ран, так нельзя прожить ее и без психологических травм.

1. Понятие психической (психологической) травмы

В последнее десятилетие очень популярными стали направления в психиатрии и психологии, занимающиеся психическими нарушениями, полученными в результате экстремальных ситуаций. Уже привычны известия о технических катастрофах, военных конфликтах. Стихийные бедствия, существовавшие всегда, теперь чаще, чем прежде, оставляют человека один на один с бедой без необходимой поддержки, а в такой ситуации тяжесть психологической травмы возрастает.

Трудно сказать, кто первым обратил внимание на явления психической травмы и кто первым ввел это понятие в научную литературу и в обыденную речь. Еще в 1859 г. Брике (1796—1881) выдвинул идею, что истерические симптомы являются результатом травматических событий, а Шарко (1825—1893) первым отнес симптомы диссоциации к мозговым изменениям, следующим за травмирующим событием.

Однако внимание широкой публики к явлениям психической травмы привлек, видимо, З. Фрейд. Рассматривая работу д-ра Джозефа Брейера с одной истерической девушкой, он обнаружил, что «почти все симптомы образовались как остатки, как осадки, если хотите, аффективных переживаний, которые мы впоследствии стали называть “психическими травмами”» [Фрейд, 1989а, с. 350]. Эти симптомы детерминировались известными травматическими сценами, являясь остатками воспоминания об этих сценах. Однако «одно какое-либо переживание не всегда оставляло за собой известный симптом, но по большей части такое действие оказывали многочисленные, порой весьма похожие повторные травмы. Вот такая цепь патогенных воспоминаний должна была быть восстановлена в

памяти в хронологической последовательности, и притом в обратном порядке: последняя травма сначала и первая в конце, причем невозможно было перескочить через последующие травмы прямо к первой, часто наиболее действенной» [Фрейд, 1989а, с. 350].

Говоря о связи истерии и травмы, Фрейд делает следующее заключение: «Наши истеричные больные страдают воспоминаниями. Их симптомы являются остатками и символами воспоминаний об известных (травматических) переживаниях» [там же, с. 351]. Фрейд указывает, что такими же символами воспоминаний являются и памятники, однако невротики не просто вспоминают прошлые болезненные переживания, «они еще аффективно привязаны к ним; они не могут отделаться от прошедшего и ради него оставляют без внимания действительность и настоящее» [там же, с. 352].

Следует, однако, отметить, что описания и исследования психологической травмы проводились и до Фрейда.

Психопатология травматического стресса вошла в медицинскую литературу и диагностику еще во второй половине XIX века. Д-р Джекоб Мендос да-Коста описал психические нарушения у солдат времен Гражданской войны в Америке. Изучив группу физически здоровых, за исключением указанных ниже симптомов, ветеранов, он обнаружил, что эти люди жаловались на сердцебиение, растущую боль в области сердца, тахикардию, сердечную тревогу, головную боль, ослабление зрения, головокружение. Он не нашел свидетельств миокардита и дал явлению название «болезненно чувствительное сердце», или, как иногда называют это в литературе, «солдатское сердце» или синдром да-Коста [Da Costa, 1871]. В конце XIX века при описании расстройств у жертв первых железнодорожных катастроф был введен термин «травматический невроз» [Мурен-Симеони, 1993].

Вообще, в XIX веке рядом авторов были предложены и описаны такие понятия, как «военный невроз», «травма-

тический невроз», «компенсационный невроз», «рентное заболевание», «невроз желания».

После Первой мировой войны сэр Томас Льюис описал группу солдат, со сходным набором симптомов, назвав его «сердце солдата», или «синдром напряжения» [Lewis, 1919]. Б.С. Оппенгеймер рассмотрел похожие психоневротические и сердечные проявления у солдат Первой мировой войны, назвав их «нейроциркуляторная астения» [Oppenheimer, 1918]. А Майерс в работе «Артиллерийский шок во Франции 1914—1919» определил отличия между неврологическим расстройством «контузии от разрыва снаряда» и «снарядным шоком». При этом контузия от разрыва снаряда рассматривалась им как неврологическое состояние, вызванное физической травмой, а «снарядный шок» — как психическое состояние, вызванное сильным стрессом.

Вторая мировая война вновь привлекла внимание к военным стрессовым реакциям, появился термин «невроз военного времени». Реакции, обусловленные участием в боевых действиях, стали предметом широких исследований. Это явление у разных авторов называлось по-разному: «военная усталость», «боевое истощение», «военный невроз», «посттравматический невроз». В 1941 г. в одном из первых систематизированных исследований Кардинер назвал это явление «травматические неврозы войны» [Kardiner, 1941]. Он ввел понятие «центрального физионевроза», ведущего к нарушению ряда личностных функций, обеспечивающих успешную адаптацию к окружающему миру. Кардинер впервые дал комплексное описание симптомов этого невроза, который, по его мнению, имел и психологическую, и физиологическую природу.

В своей монографии «Люди в стрессе» Гринкер и Шпигель использовали такие термины, как «стресс боев и сражений», «утомление от боев», «истощение от боев» и «острая боевая реакция» [Grinker, Spiegel, 1945]. Они перечислили симптомы, от которых страдали солдаты, возвратившиеся из плена: высокую утомляемость, депрессию, ухудшение памяти, концентрации внимания, ночные кош-

мары, фобии, агрессию, подозрительность, повышенную активность симпатической системы.

Эрих Линдемманн в 1944 г. впервые дал систематизированное описание проявлений горя в работе «Симптомология и умение справляться с острым горем».

В нашей стране эти явления удостоились внимания специалистов примерно в то же время.

Отмечалось, что за время русско-японской войны 1904—1905 гг. через Харбинский госпиталь прошло около 3000 человек психически ненормальных, не имевших повреждений. «Острые впечатления или длительное пребывание в условиях интенсивной опасности так прочно деформируют психику у некоторых бойцов, что их психическая сопротивляемость не выдерживает и они становятся не бойцами, а пациентами психиатрических лечебных заведений», — писал по этому поводу Р.К. Дрейлинг. После землетрясения в Мессине (1908 г.) Н.Н. Баженов описывал «аффекты ужаса», после землетрясения в Крыму (1927 г.) ряд авторов описал «острые нервные заболевания», «значительное ухудшение состояния нервной системы и психики» с признаками аффективно-шоковых и истерических психозов. В 1927 г. П.Б. Ганнушкин дал описание «нажитой психической инвалидности», целого типа «рано стареющих в мозговом отношении» молодых людей 20—30 лет после длительного пребывания в экстремальных условиях Гражданской войны, революции, голода. Проявлениями ее были повышенная возбудимость, раздражительность, острые и длительные приступы депрессии, чувства вины, страха и др. Нарушения развивались в течение 2—3 лет и вели к стойкому ослаблению интеллектуальной деятельности.

Л.Я. Брусиловский, Н.П. Бруханский и Т.Е. Сегалов в монографии «Землетрясение в Крыму и невропсихический травматизм» приводят многочисленные примеры «невропсихического травматизма» населения во время землетрясений, в частности в г. Верном (ныне Алма-Аты) 28 мая (9 июня) 1887 г.; в Мессине в декабре 1908 г., где «...большинство переживших сошло с ума; оставшиеся здо-

ровыми в лучшем случае так потрясены разразившимся бедствием, что не способны ни к какой деятельности». Изучение реакций населения при крымском землетрясении, наблюдения, которые проводились на месте во время самого землетрясения, позволили сделать авторам (они же являлись членами специальной комиссии Наркомздрава РСФСР) ряд интересных выводов, в том числе о том, что в формировании реактивных состояний имеет значение не только «невропсихическая травма» (толчки, образование трещин в зданиях, их разрушение, человеческие жертвы и т.п.), но и «постоянное напряжение, тоскливое, боязливое ожидание». К числу других заключений авторов относятся следующие положения: 1) невропсихические реакции в связи с землетрясениями у предрасположенных могут протекать довольно длительно и неблагоприятно; 2) заболевания могут возникнуть не только «остро», но и спустя несколько месяцев после пережитого. Работу завершает следующее утверждение: «Вспоминая Н.И. Пирогова, определившего войну медицинским термином “травматическая эпидемия”, мы имеем право сказать: землетрясение — это эпидемия невропсихического травматизма» [цит. по: Александровский и др., 2000, с. 177].

В 1952 г. Американское психиатрическое общество включило в классификацию DSM-II «реакцию на сильный эмоциональный и физический стресс». Через 16 лет эта диагностическая категория была изъята из классификации, но проблемы, с которыми сталкивались вернувшиеся из Вьетнама военнослужащие, вновь привлекли внимание специалистов к этому вопросу, и в 1980 г. диагноз снова вошел в американскую классификацию DSM-III под названием «посттравматическое стрессовое расстройство».

В России посттравматические стрессовые расстройства попали в поле зрения специалистов после войны в Афганистане. Затем целый ряд трагических событий (Чернобыльская катастрофа, землетрясение в Армении, война в

Чечне, крупные аварии на транспорте, теракты и т.д.) привел к тому, что исследования проблем психологической травмы и посттравматического стресса стали вызывать, пожалуй, чрезмерный интерес.

В последней Международной классификации болезней (МКБ-10) выделена рубрика F43 — реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации.

Таким образом, видимо, ни у кого уже не вызывает сомнений, что те или иные экстремальные события и ситуации могут вызывать у человека определенный комплекс психологических осложнений. Тем самым, видимо, понятие психической (или психологической) травмы имеет право на существование. Но прежде чем обсуждать особенности психологической травмы, надо разобраться с самим этим понятием.

Прежде чем говорить о психологической травме, разберемся, что такое травма вообще. «Советский энциклопедический словарь» дает следующее определение: **«ТРАВМА** (от греч. *trauma* — рана), повреждение тканей организма человека или животного с нарушением их целостности и функций, вызванное внешним (главным образом механическим, термическим) воздействием» [Советский энциклопедический словарь, 1985]. По аналогии мы могли бы определить психическую травму как **нарушение целостности и функций психики человека, вызванное внешним воздействием на нее**. И, вероятно, так же как травматология занимается изучением причин, видов, течения, методов профилактики и лечения травм, так и **область психологии, занимающаяся психологическими травмами, должна изучать их причины, виды, течение, методы профилактики и лечения (или психологической коррекции)**.

В отличие от понятия травмы, когда мы говорим о психической травме, мы не можем просто ограничиться указанием на нарушения психики в результате внешних воздействий, так как в таком случае речь идет просто о психогенных нарушениях и понятие психической травмы просто оказывается не нужным. Однако те или иные пси-

хогенные нарушения, связанные, скажем, с неправильным воспитанием по типу «кумир семьи», вряд ли можно назвать психической травмой. Поэтому нам надо дать более узкое определение психической травмы, которое позволило бы подчеркнуть ее специфичность и отличие от других видов психогений.

Для определения травмы, как правило, идут по одному из трех путей: либо определяют травму через события, которые ее вызывают, либо через переживания, вызванные этим событием, либо через последствия, которые проявляются через какое-то время.

Ч. Фигли, определяя травму через события, предложил три основных критерия для определения травмы: событие должно быть неожиданным, опасным и подавляющим [Figley, 1986].

Согласно DSM-III, травма подтверждается, когда событие: 1) неожиданно и явно находится за пределами обычного опыта человека; 2) регулярно переживается вновь тем или иным способом; 3) способно вызывать устойчивое избегание стимулов, связанных с травмой, или оцепенение общей чувствительности; 4) способно стимулировать устойчивые симптомы повышенного возбуждения, не присутствующего до травмы, — то есть определение дается через последствия события.

Через переживание беспомощности определяется психологическая травма в книге Эта и Пинуса «Посттравматическое стрессовое расстройство у детей»: «Травма» случается, когда человек подвергается воздействию подавляющего события, которое делает его беспомощным перед лицом невыносимой опасности, тревоги и инстинктивного возбуждения» [Eth, Pynoos, 1985].

Ван-дер-Колк рассматривал психологическую травму как такое жизненное переживание, которое «подавляет как психические, так и биологические механизмы управления» [van der Kolk, 1987, с. xii].

Порой можно столкнуться с чрезмерным расширением понятия травмы, когда оно теряет свою уникальность. На-

пример, Калшед использует слово «травма» «для обозначения всякого переживания, которое вызывает непереносимые душевные страдания или тревогу у ребенка. Переживание является “непереносимым” в том случае, когда обычных защитных мер психики, которые Фрейд обозначил как “защитный экран от стимулов”, оказывается недостаточно. Травма в таком понимании — это и острое разрушительное переживание детского абьюза, о котором так часто упоминается в современной литературе, и “кумулятивная травма, вызванная неудовлетворенными потребностями в зависимости”» [Калшед. 2001, с. 13—14].

Таким образом, большинство авторов сходится на том, что мы говорим о психической травме, когда имеется некоторое психологически тяжелое, травмирующее **событие**, вызывающее глубокие **переживания**, с которыми тяжело справиться, и развитие определенных **симптомов**.

Очевидно, что на основании наличия тех или иных событий, которые даже для большинства людей могут оказаться травмирующими, нельзя сказать о том, что данный человек обязательно получит психическую травму. По-видимому, имеет смысл говорить о потенциально травмирующих событиях. Некое событие, вызвавшее у одного человека переживания, с которыми он не может справиться, которые нарушат его нормальное функционирование, в глазах другого выглядит вполне преодолимым или вообще обыденным. (Метель в горах на некатегорийном перевале может быть воспринята новичком как смертельная опасность, а опытным альпинистом — как легкая неприятность.) Наличие тех или иных острых переживаний в момент травмирующего события также не может служить критерием для того, чтобы мы могли с уверенностью говорить, что у данного человека впоследствии симптомы травмы будут сохраняться и развиваться. То есть, как это ни парадоксально, наличие признаков психологической травмы в момент события и сразу после него не дает нам оснований говорить о том, что у человека спустя определенное время после потенциально травмирующего собы-

тия будут проявляться последствия психической травмы. Но чтобы эти последствия возникли, должно было иметь место определенное событие, имеющее определенные признаки травмирующего, и оно должно переживаться определенным образом как травматичное. Важно отметить и то, что в целом ряде случаев мы можем сталкиваться с отсроченным переживанием, так сказать, с **травмой осознания**. Существует несколько вариантов подобного травматичного осознания. Самый простой случай — когда в момент события человек просто не полностью понимал (в силу своего возраста, недостатка информации или опыта), что происходит. Со временем или получив новую информацию, он может иногда заново пережить событие уже как крайне травматичное. Причем это осознание может произойти как вскоре после события, так и спустя достаточное длительное время. С подобной **травмой понимания** приходится сталкиваться, работая с людьми, которые были в детстве жертвами сексуальных домогательств, но только в подростковом или юношеском возрасте поняли, что происходило, и пережили настоящую травму. Другой вариант травмы осознания — **травма оценки**. Многим людям в той или иной степени приходится сталкиваться с подобным, когда в момент стрессовой ситуации они действовали спокойно, собранно и адекватно, и только потом оценили произошедшее (сами или под влиянием других людей) и перепугались задним числом. Именно с этого момента переоценки может начать развиваться травматическая реакция. Правда, в данном случае событие и оценка его, как правило, обычно бывают не столь разнесены во времени. Третий вариант травмы осознания можно было бы назвать **травмой воображения**. Это связано с теми случаями, когда во время или после события человек начинает представлять себе возможные кошмарные последствия. (Кстати, таким образом наше воображение порой способно сделать травмирующими достаточно нейтральные события.) Отметим, что во всех трех случаях осознания и понимание, и оценка, и воображение могут не переживаться как крайне

тяжелые и не вести к развитию психологической травмы. Надо учитывать, что в целом ряде случаев событие, не воспринимаемое большинством людей как травмирующее, будет восприниматься как таковое данным конкретным человеком. Особенно ярко это заметно в различии восприятия детей и взрослых. Утрату любимой игрушки большинство взрослых не будет рассматривать как психологическую травму, но для ребенка это может быть очень тяжелое событие (иногда более тяжелое, чем утрата родственника).

Кстати, не боясь показаться циничной, напомним, что для каждого человека его боль — самая страшная, и, скажем, во время войны порой приходится сталкиваться с тем, что не военные действия являются для кого-то причиной развивающейся психологической травмы, а заболевание близкого человека или даже (бывало и такое) — замужество любимой сестры.

Такая «растянутость во времени» диагностических критериев уже показывает нам необходимость отношения к психической травме как к процессу и рассмотрения его в динамике. При этом, на наш взгляд, пора отойти от разговоров о психической травме как о чем-то совершенно экстраординарном, от чего человек будет страдать всю жизнь, как сейчас любят подчеркивать некоторые журналисты и психологи. А. Браун говорит о том, что при описании травмы было утрачено простое осознание того, что переживание чего-либо является процессом, который происходит внутри нас в течение какого-то времени. «Просто, когда что-то случается с нами, мы не переживаем все это сразу <...> Переживание есть процесс, включающий деятельность на протяжении времени, и только к концу этого процесса переживание интегрируется в Я в виде памяти» [Brown, 1990, с. 14].

Таким образом, исследование психологической травмы должно быть исследованием процесса от момента события и его переживания до момента нормализации состояния и интеграции пережитого в виде части воспоминаний или через развитие болезненных симптомов до определенных изменений на личностном и смысловом уровне.

2. Виды травмирующих событий

Но все-таки начнем мы рассмотрение процесса развития психологической травмы с **травмирующего события**, или **стрессора**.

«Травматические ситуации — это такие экстремальные критические события, которые обладают мощным негативным воздействием, ситуации угрозы, требующие от индивида экстраординарных усилий по совладанию с последствиями воздействия» [Тарабрина, 2001, с. 52].

Как правило, имеются в виду события, связанные со смертью или угрозой жизни самого человека, его близких или других людей. Сюда же включаются и события, при которых возникает угроза получения (или реальное получение) серьезных физических повреждений. Мы бы включили в эту группу и события, связанные с угрозой физическому или психическому здоровью самого человека или его близких, ситуации, связанные с сильным унижением, которые, как показывает наш опыт работы, для многих пациентов оказываются не менее, а иногда и более травмирующими, чем физическая опасность, а также ситуации «краха», «провала», утраты всех надежд.

В качестве важных характеристик тяжелого психотравмирующего фактора обозначены неожиданность, стремительный темп развития катастрофического события и длительность воздействия, а также повторяемость в течение жизни.

Чаше всего в большинстве исследований говорят о травме на основании развития одного из важнейших ее последствий — посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), к которому мы еще вернемся.

По типу события обычно выделяют такие психотравмирующие факторы, как:

- военные действия,
- природные (климатические, сейсмические),
- экологические и техногенные катастрофы,
- пожары, террористические акты,
- присутствие при насильственной смерти других,
- несчастные случаи, в том числе транспортные и производственные аварии,
- сексуальное насилие,
- внезапное появление угрожающих жизни заболеваний,
- нападения

и т. д. и т. п.

В зависимости от того, какую роль играет в событиях человек, они делятся на природные, вызванные людьми без намерения причинить вред и осуществленные людьми с особым намерением причинить вред. Считается, что наиболее травматичными оказываются события, связанные с намеренным причинением вреда другими людьми. Можно выделить *ятрогенные* (острое или хроническое заболевание, хирургическое или нехирургическое вмешательство, диагностические процедуры, госпитализацию, болезнь членов семьи, новые диагнозы, рецидивы) и *неятрогенные* события. Разным этапам жизни могут быть присущи специфические стрессогенные ситуации (начало учебы в школе, специализированном учебном заведении, служба в армии, вступление в брак, выход на пенсию и т.п.), которые в ряде случаев могут выступать как травмирующие.

Некоторые события и вызванные ими психические травмы привлекают большое внимание специалистов (в основном это массовые масштабные события — катастрофы, войны), другие зачастую оказываются практически вне поля зрения специалистов, являясь при этом не менее, а порой и более травматичными. Исследования и теории стрессоров, достаточно сильных, чтобы вести к ПТСР, сфокусировались на внешних событиях.

В этой связи следует сказать, что обычно в медицинских классификациях болезней психическое заболевание определено исключается из категории событий, считающих-

ся травмирующими, хотя эмпирическая основа такого соображения не ясна, так как для большинства людей психоз — довольно травматичное переживание. Психоз — один из наиболее сильных стрессоров, воздействию которых может подвергаться человек. В случае шизофрении воздействие психоза может быть ошибочно принято за сам психоз. Следует рассматривать возможность коморбидного, индуцированного психозом ПТСР у людей, подверженных психотическим заболеваниям. Распознавание этого синдрома может вести к более эффективному и эмпатическому клиническому лечению людей с сильным психическим заболеванием [Lundy, 1992].

Во многом схожи с посттравматическими стрессовыми расстройствами психологические нарушения, определяемые у больных, перенесших инфаркт миокарда. Для описания данного состояния использовалось понятие постинфарктного стрессового синдрома [Карницкий, Рожко, 2000]. Можно с уверенностью говорить, что и многие другие перенесенные заболевания и хирургические вмешательства могут быть столь же психологически травматичными для человека.

Рождение ребенка часто связано с ощущением потери контроля. Не удивительно, что это событие для некоторых женщин может стать травмирующим. Хотя большинство женщин быстро восстанавливаются после родов, у кого-то может возникать посттравматическое стрессовое расстройство, называемое «травматическим переживанием родов» [Reynolds, 1997].

«Практически отсутствуют исследования, посвященные изучению проблем, с которыми сталкиваются люди, пережившие воздействие одного из “невидимых” стрессоров (угроза радиационного, химического, бактериологического и других подобных поражений) <...> Такие стрессоры не вносят видимых изменений в окружающую среду, поэтому восприятие и оценка возможных неблагоприятных последствий воздействия стрессогенных факторов базируются, с одной стороны, на рациональном знании об их наличии

и, с другой стороны, на неосознаваемом или лишь частично осознаваемом эмоциональном переживании страха по поводу влияния этих факторов на жизнь и здоровье человека» [Тарабрина и др., 1996].

Особый вид травматических событий, причем, пожалуй, относящихся к числу наиболее травмирующих — это утрата близкого человека.

«В последние годы в качестве отдельной таксономической единицы выделена категория ПТСР, формообразующим фактором для которых являются ситуации непредвиденной потери объекта особой привязанности или значимого другого. В отличие от других вариантов жизненных катастроф, эта психотравмирующая ситуация затрагивает в первую очередь сферу индивидуальных личностных ценностей. Хотя направленность психогенного фактора иная, чем при событиях, связанных с угрозой физическому существованию, такого рода предельная ситуация воспринимается как эквивалентная ей — “непоправимое” уничтожение личности. Утрата значимого другого в результате любовной драмы или смерти после угрожающего жизни заболевания, несчастного случая, исчезновения при трагических обстоятельствах, самоубийства и др. рядоположенных ситуаций сопровождается ощущением полной утраты “Я”, чувством невозможности последующего восстановления и связанным с этими посттравматическими проявлениями персистирующим отчаянием» [Андрющенко, 2000].

Часто травмы не привлекают широкого интереса, в частности, когда травму получают лишь один или несколько человек (например, в случае дорожного происшествия, сексуального или физического насилия). Подобные переживания зачастую бывают очень изолированными, и специалисты в области психического здоровья могут не проявлять к ним интереса при проведении профилактического вмешательства, вопреки тому факту, что общее число пострадавших от таких случаев больше, чем число подвергшихся широко распространенным заболеваниям. По этим причинам индивидуальные травмы являются большей про-

блемой для общественного здоровья, чем заболевания. Уровень общественной осведомленности и поддержка в случае травмы служат существенным позитивным фактором, а их отсутствие может оказаться фактором дополнительной уязвимости или стрессором — фактически вторичной травмой, которая может соединяться с воздействием первой травмы [Wilson et al., 2000].

Было обнаружено сходство симптомов у подростков с пограничным личностным расстройством и посттравматическим стрессовым расстройством. Только если мы расширим понятие психологической травмы, включив пренебрежительное и воспринимаемое плохое обращение (несколько случаев, которые комбинируются, создавая устойчивое осознание травмы), рассматриваемое сходство в выборке будет иметь клинический смысл [Earl, 1991].

Такие несобытийные переживания, как «утомленность от боев» и «шок от обстрелов», наводят на мысль о продолжительном сочетании событий, ни одно из которых само по себе не было травматическим или несущим угрозу жизни, но в сочетании воспринимаются как таковые. Похожий психологический дистресс можно обнаружить и в небоевых ситуациях (например, синдром «выгорания»). Продолжительное воздействие «токсичной» среды, или среды, в которой индивидуальное развитие со временем обесценивается, может создавать симптомы, сходные с симптомами, в общих чертах описываемыми критерием ПТСР. Многими практиками поведение, ассоциирующееся с несобытийными травмами, понимается скорее как обобщенное саморазрушающее поведение (пограничная линия разрушения личности), чем как паттерн декомпенсации, связанный с ощущаемой травмой [там же].

Рассматривая различные виды травмирующих событий, мы здесь не будем говорить о так называемой травме рождения¹. Не указываем мы как особый вид травмы и «детс-

¹ В этой работе мы не говорим о популярной в трансперсональной психологии травме рождения. Вообще мы считаем

кую травму», так как считаем более адекватным не выделять ее в некий особый вид, а рассмотреть своеобразие и закономерности развития травм у детей, причем в зависимости от их возраста.

Трудно, а скорее всего и невозможно, дать всеобъемлющий перечень потенциально травмирующих событий. Практически любое событие, наверное, при определенных условиях может восприниматься как таковое. Вероятно, имеет смысл выделить несколько оснований для классификации событий, которые могут оказаться особенно полезными при работе с психологической травмой.

Травмирующие события по длительности можно разделить на разовые кратковременные, повторяющиеся, длительные. По масштабам можно говорить о массовых, групповых и индивидуальных травмирующих событиях. Наибольшее внимание специалистов привлекли именно **массовые** травмирующие события (военные действия, техногенные и природные катастрофы, теракты), однако не менее травматичны бывают **групповые** события (авария, дорожно-транспортное

подобные рассуждения достаточно спекулятивными и не имеющими научного подтверждения. Роберт Шекли в романе «Корпорация “Бессмертие”» предлагает забавные псевдонаучные (научообразные) рассуждения о травме смерти — психической травме, переживаемой после и в результате смерти:

«В наши дни сознание рассматривается как высокоорганизованная энергетическая сеть, которая генерируется самим телом, определяется телом и сама может оказывать влияние на тело. <...> Таким образом, сознание и тело взаимодействуют друг с другом. Но сознание может существовать и отдельно. Многие ученые считают, что такова следующая ступень эволюции. Через миллионы лет, говорят они, нам уже не понадобится тело, разве что для короткого инкубационного периода. <...> У нас имеется, значит, эта высокоорганизованная энергетическая паутина. Когда умирает тело, эта паутина отправляется в непосредственное существование, подобно вылетающей из кокона бабочке. Смерть — это просто процесс, освобождающий сознание от тела. Но этого, как правило, не происходит из-за смертной травмы. Некоторые ученые счита-

происшествие с большим количеством участников, массовое отравление и т.д.). **Индивидуальные** травмирующие события менее заметны, но если говорить об общем количестве пострадавших, возможно, именно индивидуальные события заняли бы первое место. Сюда могут быть отнесены события, связанные с повседневной жизнью (как мы это называем, бытовой травмой — несчастные случаи, аварии, внезапные болезни, нападения и т.д. и т.п.).

Выделяя различные виды травмирующих событий, часто говорят о событиях, где есть вина других людей, и событиях, где вина других отсутствует. Видимо, правильной было бы говорить не об объективно имеющейся человеческой вине, а о субъективно воспринимаемой. (Можно считать, что болезнь вызвана «сглазом», и она будет связываться с виной конкретного человека, а можно относиться к войне как «явлению человеческой природы» и не искать виноватых). Особо среди травмирующих событий надо выделить события, связанные со смертью самых близких людей.

ют, что травма смерти — это природный механизм, извлекающий сознание из тела, но только работает он очень мощно и все портит. Смерть — это сильный психический шок, поэтому в большинстве случаев энергетическая сеть рвется, путается, ломается ее структура. Она уже не в состоянии восстановить себя, она распадается, и теперь человек уже полностью мертв. <...> У человека, который умер, есть три возможности. Первая — его сознание может раствориться, распаться, и это его конец. Вторая — его сознание переживет смертную травму, и он окажется в Послежизни, на Пороге. Он станет духом. <...> Третий вариант таков: его сознание повреждено травмой, но не до конца уничтожено. Он пробирается все-таки на Порог. Но напряжение слишком велико для него. Он теряет разум. И вот это, мой друг, и есть призрак» [Шекли Р. Собр. соч.: В 4 т. Т. 2. Пер. с англ. М.: ООО «Фабула», 1993. С. 302—331].

Не напоминают ли эти рассуждения своим наукообразием и реальной бездоказательностью рассуждения о травме рождения?

Говоря о видах травмирующих событий, выделяют так называемую первичную травматизацию (когда человек был непосредственным участником или свидетелем события) и вторичную травматизацию (когда человек превратился в свидетеля события через рассказы других людей, просмотр хроники событий, чтение газет и т.д.). В последнее время такая вторичная травматизация привлекает все больше внимания. Именно с ней иногда связан синдром «выгорания», о котором сейчас так модно говорить как о переживаемом теми, кто работает с людьми. Подобная вторичная травматизация часто наблюдается среди телезрителей при неадекватных действиях средств массовой информации после аварий, терактов и т.д. Интересно, что ко вторичной травматизации близка «травма воображения», присутствующая некоторым пациентам, которые «придумывают» себе возможное травмирующее событие и затем реагируют на него как на реальную травму. Обычно такая реакция менее сильна, чем реакция на реальное событие, но все же может вести к достаточно неприятным последствиям и переживаниям. (В частности, к развитию и закреплению различных фобий, к нарушению детско-родительских отношений и т.д.)

Вообще, разговор о видах травмирующих событий имеет смысл продолжить, когда мы будем рассматривать этапы развития травмы и факторы, усиливающие риск развития психологической травмы, а также защитные факторы. **В целом, особую роль при рассмотрении процесса развития травмы будет играть выделение различных типов травмы в зависимости от их длительности и от связи этих событий со смертью близких.**

Но прежде чем перейти к этому вопросу, имеет смысл рассмотреть различные последствия травмирующих событий.

3. Последствия травмирующих событий

О последствиях психологической травмы говорят очень часто. Эти слова стали уже штампом, но если задуматься, возникнет вопрос: что же имеется в виду под психологической травмой в данном случае? Идет ли речь о последствиях травмирующего события — и тогда нам следует говорить собственно о психологической травме — или же о том, какие последствия процесс развития психической травмы может оказывать на жизнь человека в целом? К сожалению, обычно мы не встречаем в литературе подобных разъяснений.

3.1. Ближайшие последствия травмирующего события

С одной стороны, быть может, рассмотрение последствий травмирующего события следует начать даже не с него самого, а с ожидания его. С другой стороны, хотя во многих случаях неопределенность и ожидание являются сильным стрессом, можно было бы не включать стресс ожидания в рассмотрение психологической травмы, если бы не два «но».

Первое: неопределенность и ожидание дальнейшего развития событий при недостатке информации являются характернейшей чертой многих чрезвычайных обстоятельств (от взятия заложников до тяжелой болезни близких). То есть стресс ожидания может быть составной частью травмирующей ситуации, независимо от ее исхода. Второе: как в подобных случаях, так и во многих внешне достаточно безобидных ситуациях подключается воображение и при вынужденном

ожидании вполне может развиваться уже упоминавшаяся нами травма воображения, со всеми дальнейшими последствиями травмирующего события. Сошлемся на исследование, в котором Сидни Кобб и его коллеги «изучали изменения в кровяном давлении и показателях смертности инженеров и персонала НАСА в период подготовки и запуска проектов “Меркурий”, “Джемини” и “Аполло”». Кривые смертности сближались во всех трех случаях, а кровяное давление и показатели смертности среди персонала проекта резко возрастали к моменту запуска и резко вновь падали после успешного его осуществления. Кобб называет это «умирание под давлением» [цит. по: *Прайс*, 2001, с. 359—360]. Таким образом, в некоторых случаях к самым первым результатам потенциально травмирующего события может быть отнесен стресс ожидания.

С первых же моментов события у людей могут возникать различные проявления психологической травмы. При различных видах чрезвычайных ситуаций, по разным данным, от 50 до 100 процентов людей, оказавшихся в зоне того или иного действия, переживают различные психические реакции, невротические расстройства и реактивные психозы. У части отмечаются быстро проходящие реактивные состояния, у других — более продолжительные нарушения психики (в течение 2—3 дней, иногда и более). Так, например:

Массовая психическая травма возникает в очагах поражения у 50—98% (при землетрясениях — 75—98%) пострадавших [*Смирнов*, 1997, с. 25].

После уфимской железнодорожной катастрофы у 100% обследованных (184 чел.) отмечались нарушения в психической сфере, в том числе: у 50% — астенодепрессивный синдром, у 23% — психогенный ступор, у 11% — психомоторное возбуждение, у 4% — негативизм с явлениями аутизма, у 3% — бредово-галлюцинаторные состояния, у 3% — неадекватность и эйфория. Последние 4 вида нарушений встречались у основном у потерявших детей и у людей, оставивших близких в горящих вагонах [*Решетников и др.*, 1991, с. 11—16].

У сотрудников правоохранительных органов как при ЧС, так и в условиях напряженной профессиональной деятельности в 29—93% случаев возникают различные по тяжести проявления психической дезадаптации [Вахов, 1997].

Исследования американских авторов показывают, что в бою 80—90% солдат испытывают страх. У 25% бойцов в обстановке боя бывает рвота, у 10—20% — недержание кала и мочи. Нередки также недомогание, боли в желудке, чувство усталости, головокружение, потливость. Только 25% американских солдат использовали свое оружие, причем при участии в нескольких боях это всегда были одни и те же люди [Агрелль, 1970].

Во время уфимской железнодорожной катастрофы у сотрудников аварийно-спасательной команды наблюдались следующие реакции: у 98% — страх и ужас от увиденного, у 62% — растерянность, слабость в конечностях, у 20% — предобморочное состояние, а также соматические жалобы, головокружение, головная боль, боль в желудке, тошнота, рвота, понос. В первые часы значительно снижалась работоспособность [Решетников и др., 1991].

При землетрясениях в Скопле, Ташкенте, Спитаке реактивные расстройства наблюдались у 75—90% людей, из них половина нуждалась в помощи, но только 11% считало, что в помощи нуждается [Сукиасян, 1993].

Обычными и нормальными для человека, оказавшегося в катастрофической ситуации, являются чувства тревоги, страха, подавленности, беспокойство за судьбу родных и близких, стремление выяснить истинные размеры катастрофы (стихийного бедствия). То есть состояние стресса, психической напряженности, аффективные реакции и т.п. встречаются часто, так же как и психопатологические психогенные расстройства, когда человек на какое-то время теряет возможность продуктивно целенаправленно действовать и общаться с другими. При этом могут иметь место расстройства сознания, возникают психопатологические проявления типа невротических реакций и состояний (не-

вросы), реактивных психозов и аффективно-шоковых реакций [Александровский и др., 2000].

Ближайшие последствия переживания травмирующего события примерно одинаковы при индивидуальной и массовой травме. Однако если в случае индивидуальной или групповой травмы многие проявления кажутся достаточно понятными и «не мешают» работе других людей, то в случае масштабных катастроф эти проявления приводят к возникновению своеобразной ситуации. Психологические нарушения и психические расстройства возникают одновременно у большого количества людей, причем может возникать паника, взаимное «заражение» симптомами. Не случайно отмечают, что в подобных ситуациях часто клиническая картина нарушений сводится к небольшому количеству достаточно типичных проявлений [там же]. «В остром периоде катастрофы как масштабного бедствия с угрозой для жизни большого числа людей возникает проблема “человеческого хаоса” и управления им» [Краснов, 1997, с. 21].

Наиболее общими реакциями на произошедшее травматическое событие являются, как правило, на первом этапе растерянность, непонимание, а вслед за этим — страх в разной степени, от умеренного, даже способствующего мобилизации и эффективным действиям, направленным на обеспечение безопасности, до патологического, нарушающего возможность целенаправленно эффективно действовать, вплоть до паники. Характерны соответствующие страху физиологические проявления: тахикардия, тремор, холодный пот, сухость во рту, учащенное мочеиспускание, возможно непроизвольное отделение мочи и кала, тошнота, головокружение, функциональные параличи, заикание. Встречаются гипердинамическая, двигательная форма страха, для которой характерны неконтролируемые движения, бесцельное метание, нецелесообразные движения, иногда — бегство. Для гиподинамической, оцепенелой формы страха характерен ступор, застывание на месте, порой — стремление принять эмбриональную позу, сжаться. Человек может сопротивляться попыткам оказать помощь

или пассивно подчиняться. Кстати, и более крайние проявления психических нарушений в этот период чаще всего встречаются в виде реактивных психозов в фугиформной и ступорозной форме.

«Фугиформная реакция характеризуется сумеречным расстройством сознания с бессмысленными беспорядочными движениями, безудержным бегством, нередко в сторону опасности. Пострадавший не узнает окружающих, отсутствует адекватный контакт, речевая продукция бессвязная, нередко ограничивается нечленораздельным криком. Отмечается гиперпатия, при которой звук, прикосновение еще более усиливают страх, при этом нередко отмечается немотивированная агрессия. Воспоминания о пережитом частичные, обычно запоминается начало события. При ступорозной форме наблюдаются общая обездвиженность, оцепенение, мутизм, иногда кататоноподобная симптоматика. Больные не реагируют на окружающее, часто принимают эмбриональную позу. Отмечаются нарушения памяти в виде фиксационной амнезии» [Александровский и др., 2000, с. 205].

Непосредственно во время травмирующего события и в период после него нередко встречаются характерные нарушения восприятия. Часто искажается восприятие времени, оно как бы замедляется, растягивается. Может меняться восприятие пространства (расстояний, размеров предметов, особенно часто связанных с угрозой). Иногда восприятие теряет свою целостность, человек воспринимает разрозненные элементы происходящего, не схватывая целостной картины. Такую фрагментацию травматического опыта, сопровождающуюся отличным от обыденного состояния сознания эго-состоянием, называют **первичной диссоциацией** [Тарабрина, 2001]. Отметим, кстати, что некоторые авторы рассматривают возникновение первичной диссоциации как прогностически неблагоприятный фактор, обуславливающий в дальнейшем развитие посттравматического стрессового расстройства.

Очень частым бывает ощущение нереальности происходящего. Такое состояние может сопровождаться ощуще-

нием, будто человек наблюдает за происходящим со стороны. Именно такие образы называют в нейролингвистическом программировании диссоциированными, в других случаях можно встретиться с названием **вторичной**, или **перитравматической диссоциации** [Тарабрина, 2001]. Часто именно такая форма диссоциации помогает пережить непереносимую ситуацию, даже снижает степень физической и психической боли, способствует наиболее благоприятному переживанию психологической травмы [см., например: Франкл, 1990, с. 154; Васильева, 1994, с. 7].

Ближайшим последствием реакции на травмирующее событие во многом соответствует введенное в МКБ-10 понятие острой реакции на стресс.

F43.0 Острая реакция на стресс

Транзиторное расстройство значительной тяжести, которое развивается у лиц без видимого психического расстройства в ответ на исключительный физический и психологический стресс и обычно проходит в течение часов или дней. Стрессом может быть сильное травматическое переживание, включая угрозу безопасности или физической целостности индивидуума или любимого лица (например, природная катастрофа, несчастный случай, битва, преступное поведение, изнасилование) или необычно резкое и угрожающее изменение в социальном положении и/или окружении больного, например, потеря многих близких или пожар в доме. Риск развития расстройства увеличивается при физическом истощении или наличии органических факторов (например, у пожилых больных).

Симптомы обнаруживают типичную смешанную и меняющуюся картину и включают начальное состояние «оглушенности» с некоторым сужением поля сознания и снижением внимания, дезориентацию и неспособность адекватно реагировать на внешние стимулы. Это состояние может сопровождаться или дальнейшим уходом от окружающей ситуации (вплоть до диссоциативного ступора — F44.2), или ажитацией и гиперактивностью (реакция бегства, или fuga).

Часто присутствуют вегетативные признаки панической тревоги (тахикардия, потение, покраснение). Обычно симптомы развиваются в течение минут после воздействия стрессового раздражителя или события и исчезают на протяжении двух-трех дней (часто часов). Может присутствовать частичная или полная диссоциативная амнезия (F44.0) эпизода. Если симптоматика сохраняется, то встает вопрос об изменении диагноза (и ведения больного).

Диагностические указания:

Должна быть обязательная и четкая временная связь между воздействием необычного стрессора и началом симптоматики; начало обычно немедленное или через несколько минут после воздействия стрессора. К тому же симптомы

а) имеют смешанную и обычно меняющуюся картину; в дополнение к инициальному состоянию оглушенности могут наблюдаться депрессия, тревога, гнев, отчаяние, гиперактивность и отгороженность, но ни один из симптомов не преобладает длительно;

б) прекращаются быстро (самое большее в течение нескольких часов) в тех случаях, где возможно устранение стрессовой обстановки. В случаях, где стресс продолжается или по своей природе не может прекратиться, симптомы обычно начинают исчезать спустя 24—48 часов и сводятся к минимуму в течение 3 дней.

В понятие острой реакции на стресс согласно МКБ-10 включаются нервная демобилизация; кризисное состояние; острая кризисная реакция; острая реакция на стресс; боевая усталость; психический шок.

Острая реакция на стресс может быть легкой, умеренной и тяжелой.

Особый случай, о котором мы можем говорить при рассмотрении ближайших последствий травмы, — это травма, связанная с утратой близкого человека (в первую очередь, с его смертью, но и потеря в связи с уходом, изменой, разводом также может переживаться не менее остро). Мы можем говорить о возникновении острого горя, причем вначале ча-

сто возникают состояния шока и оцепенения, затем сменяющиеся отрицанием. Вообще-то реакцию на смерть близких, горе, трудно однозначно отнести к ближайшим или отдаленным последствиям, так как оно длится долго. Синдром острого горя впервые описал Э. Линдемманн.

«Картина острого горя очень схожа у разных людей. Общим для всех является следующий синдром: периодические приступы физического страдания, длящиеся от двадцати минут до одного часа, спазмы в горле, припадки удушья с учащенным дыханием, постоянная потребность вздохнуть, чувство пустоты в животе, потеря мышечной силы и интенсивное субъективное страдание, описываемое как напряжение или душевная боль. Больные вскоре замечают, что очередной приступ наступает раньше обычного, если их кто-нибудь навещает, если им напоминают об умершем или выражают сочувствие. У них наблюдается стремление любой ценой избавиться от синдрома, поэтому они отказываются от контактов, которые могут ускорить очередной приступ, и стараются избежать любых напоминаний об умершем.

Наиболее выраженные черты: (1) постоянные вздохи; это нарушение дыхания особенно заметно, когда больной говорит о своем горе; (2) общие для всех больных жалобы на потерю силы и истощение: “почти невозможно подняться по лестнице”, “все, что я поднимаю, кажется таким тяжелым”, “от малейших усилий я чувствую полное изнеможение”...; (3) отсутствие аппетита.

Наблюдаются некоторые изменения сознания. Общим является легкое чувство нереальности, ощущение увеличения эмоциональной дистанции, отделяющей пациента от других людей (иногда они выглядят призрачно или кажутся маленькими), и сильная поглощенность образом умершего. Некоторых пациентов очень тревожат подобные проявления их реакции горя: им кажется, что они начинают сходить с ума.

Многих пациентов охватывает чувство вины. Человек, которого постигла утрата, пытается отыскать в событиях, предшествовавших смерти, доказательства того, что он не

сделал для умершего всего, что мог. Он обвиняет себя в невнимательности и преувеличивает значение своих малейших оплошностей. <...>

Кроме того, у человека, потерявшего близкого, часто наблюдается утрата теплоты в отношениях с другими людьми, тенденция разговаривать с ними с раздражением и злостью, желание, чтобы его вообще не беспокоили, причем все это сохраняется, несмотря на усиленные старания друзей и родных поддержать с ним дружеские отношения.

Эти чувства враждебности, удивительные и необъяснимые для самих пациентов, очень беспокоят их и принимаются за признаки наступающего сумасшествия. Пациенты пытаются сдержать свою враждебность, и в результате у них часто вырабатывается искусственная, натянутая манера общения.

Заметные изменения претерпевает также повседневная деятельность человека, переживающего тяжелую утрату. Эти изменения состоят не в задержке действий или речи; наоборот, в речи появляется торопливость, особенно когда разговор касается умершего. Пациенты непоседливы, совершают бесцельные движения, постоянно ищут себе какое-нибудь занятие и в то же время — болезненно неспособны начинать и поддерживать организованную деятельность. Все делается без интереса. Больной цепляется за круг повседневных дел, однако они выполняются им не автоматически, как обычно, а с усилием, как если бы каждая операция превращалась в особую задачу. Он поражается тому, насколько, оказывается, все эти самые обычные дела были связаны для него с умершим и потеряли теперь свой смысл. Особенно это касается навыков общения (прием друзей, умение поддержать беседу, участие в совместных предприятиях), утрата которых ведет к большой зависимости скорбящего от человека, который стимулирует его к активности» [Линдемани, 1984, с. 213—214].

3.2. Отдаленные последствия травмы

Говоря об отдаленных последствиях травмы, следует различать последствия травмирующего события и последствия развития психологической травмы у человека. К первым мы можем отнести собственно развитие психологической травмы и другие нервные и психические нарушения. Но последствиями травмирующего события являются нередко также серьезные социальные последствия: изменение социального статуса, смена места жительства, потеря привычного окружения. Вообще травмирующие ситуации часто влекут за собой целый ряд потерь (близких, дома, здоровья, привычного окружения, привычного образа жизни, представлений об устройстве мира и о самом себе). И в качестве отдаленных последствий травмирующего события мы фактически рассматриваем не только развитие реакции на само травмирующее событие, но и на все то, что оно за собой влечет. Можно выделить несколько блоков отдаленных последствий травмы:

- а) нервно-психические заболевания, психологические нарушения и изменения;
- б) проблемы социальной дезадаптации, реадаптации и необходимости адаптации к новой ситуации;
- в) социальные проблемы, связанные с последствиями травмы.

3.2.1. Нервно-психические заболевания, психологические нарушения и изменения

Начнем мы с рассмотрения наиболее, пожалуй, на сегодняшний день известного и исследованного посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

Термин «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР) активно внедряется в медицинскую практику с 1980 г. Он включен в официальную американскую номенклатуру психических заболеваний DSM-III как состояние, вызванное тяжелым стрессом. Дальнейшие клинические, эпидемиологические, клинико-психологические исследо-

вания позволили уточнить и дополнить классификацию, что отражено в DSM-III-R (1987), а также в DSM-IV (1994).

DSM широко используется не только в США. Этот стандарт завоевал достаточно высокий авторитет и у других зарубежных исследователей. В DSM-III-R под общим названием PTSD-синдрома, отнесенного к расстройствам, связанным с тревожностью, были представлены следующие группы симптомов (критериальные группы):

- A. Наличие в анамнезе события, выходящего за рамки обычного человеческого опыта; воздействие подобного события для большинства людей является травмирующим (стрессогенным) фактором.
- B. Постоянное возвращение человека к переживаниям, связанным с травмировавшим его событием (событиями). В эту критериальную группу входят четыре симптома, причем для диагноза ПТСР достаточно наличия одного из них: 1. Навязчивые, постоянно повторяющиеся, вызывающие неприятные эмоциональные переживания воспоминания о пережитом. 2. Постоянно повторяющиеся сны и ночные кошмары, связанные с травмировавшим событием (событиями) и вызывающие неприятные переживания. 3. «Флэшбэк-эффект» — внезапное, немотивированное (как удар, вспышка молнии), никакими внешними обстоятельствами не вызванное воскрешение в памяти различных аспектов травмировавших событий (события). 4. Интенсивные вспышки негативных эмоциональных состояний, спровоцированных какими-либо событиями, ассоциирующимися с обстоятельствами, послужившими причиной травмы, или похожими в чем-либо на них.
- C. Устойчивое стремление человека избегать или «блокировать» все, что хотя бы отдаленно может напомнить ему о травме. По этому критерию для вывода о том, что человек страдает ПТСР, требуется наличие не менее трех из семи перечисленных ниже симптомов: 1. Стремление избегать любых мыслей и чувств, ассоциирующихся с обстоятельствами, повлекшими за собой травму.

2. Стремление избегать любых форм активности или ситуаций, которые пробуждают воспоминания об обстоятельствах травмы. 3. Неспособность воспроизвести в памяти основные, важные элементы травмировавшей ситуации (психогенная амнезия). 4. Очевидная потеря всякого интереса к тем формам активной деятельности, которые до травмы имели большое значение в жизни человека. 5. Чувство отчужденности, отстраненности от всех окружающих. 6. Сниженный уровень аффективных реакций, эмоциональная блокада, «оцепенение» (numbing). 7. Ощущение «укороченного» будущего, «отсутствия завтрашнего дня».

D. Устойчивые появившиеся после травмы симптомы, отражающие повышенный уровень возбудимости. Для диагностики ПТСР необходимо наличие у субъекта не менее двух из шести симптомов: 1. Нарушение сна. 2. Повышенная раздражительность или вспышки гнева. 3. Затруднения при необходимости сконцентрировать внимание, рассеянность. 4. Гипертрофированная бдительность. 5. Гипертрофированная стартовая реакция (на внезапный стук, окрик и т.п.). 6. Повышенный уровень физиологической реактивности на события, которые могут по ассоциации или непосредственно напоминать об обстоятельствах травмы.

E. Критерий, определяющий, что время, в течение которого у больного наблюдалось проявление всех остальных симптомов, должно быть не меньше месяца. Только в этом случае может идти речь о наличии посттравматических стрессовых нарушений — ПТСР-синдрома.

Несмотря на то, что эти критерии успешно применяются в диагностике ПТСР, до сих пор продолжают критический анализ и проверка их валидности и надежности, так как при разработке стандарта отбор критериев осуществлялся небольшой группой экспертов, а решения принимались путем достижения консенсуса между экспертами по каждому критерию. Ни отдельные симптомы, вошедшие в критериальные комплексы, ни сами эти комплексы

в то время не были подвергнуты эмпирической или статистической проверке на валидность.

Попытка оценить критерии DSM-III-R с этой точки зрения была предпринята в 1980—1990 гг. В результате опроса специалистов, практикующих в области диагностики и лечения ПТСР, были получены данные, позволяющие сопоставить диагностическую значимость стандартных критериев и тех дополнительных симптомов, которые также использовались в качестве критериев ПТСР американскими клиницистами и психологами.

Степень значимости каждого критерия и предпочтительности его применения при диагностике ПТСР-синдрома оценивали 448 экспертов (психиатры и психологи из различных центров Ассоциации помощи ветеранам (США)). В целом критерии DSM-III-R получили высокие оценки (особенно критерии А — наличие в анамнезе травмировавшего события и В — навязчивые переживания по поводу травмы). Из 25 дополнительно используемых критериев, предлагавшихся для оценки, наиболее значимыми в диагностике были названы критерии, непосредственно связанные с характером травмировавших событий. В то же время симптомы, вошедшие в критерии С и D — «избегание» и «повышенная возбудимость» (кроме симптома роста физиологической реактивности на стимулы, связанные с травмирующей ситуацией), были признаны гораздо менее значимыми.

Показатель «физиологическая реактивность» получил у специалистов высокую рейтинговую оценку — более 66% экспертов присвоили ему высший балл, что соответствовало 6-му месту в классификации критериев. При этом самым важным в диагностике ПТСР, как уже говорилось, выступает наличие самого факта воздействия травмирующей ситуации (93% экспертов). Второй по значимости критерий — это постоянное возвращение к переживаниям, связанным с обстоятельствами травмы (75% экспертов). На третьем месте — сновидения и ночные кошмары на тему травмы (77%), далее навязчивые воспоминания (75%) и возвращения к травмирующей ситуации по ассоциации или сходству обстоятельств

(73%). Из симптомов, включенных в дополнительный к DSM-III-R список, особенно высоко оценены важность наличия у пациента чувства вины за то, что он остался жив (8-е место, 50%), или за действия, которые ему пришлось совершить во время службы (9-е место, 48%), а также особенности экспрессивного поведения в ходе беседы с врачом (15-е место, 31%). Наименее важными из предлагаемых DSM-III-R для постановки диагноза экспертами были признаны симптомы психогенной амнезии (23-е место, 15%), отстраненности (24-е место, 14%), нарушения сна (28-е место, 9%), потери интереса к различным сферам деятельности (29-е место, 9%), «сокращенной» жизненной перспективы (30-е место, 9%), повышенной раздражительности и вспыльчивости (32-е место, 7%) и, наконец, последнее, 35-е место в списке рейтинговых оценок эксперты отвели симптому повышенной рассеянности, неспособности к произвольной концентрации внимания (4%).

В действующей ныне американской классификации болезней DSM-IV приводятся несколько иные критерии постановки диагноза ПТСР.

Критерии ПТСР по DSM-IV:

A. Индивид находился под воздействием травмирующего события, причем должны выполняться оба приведенных ниже пункта:

1. Индивид был участником, свидетелем либо столкнулся с событием (событиями), которые включают смерть, угрозу смерти, угрозу серьезных повреждений или угрозу физической целостности самого человека либо других людей.
2. Реакция индивида проявлялась в виде интенсивного страха, беспомощности или ужаса.

Примечание: у детей реакция может замещаться ажитированным или дезорганизованным поведением.

B. Травматическое событие настойчиво повторно переживается одним (или более) из следующих способов (*интрузия*):

1. Повторяющиеся, навязчивые воспоминания о событиях, включая образы, мысли или ощущения.

Примечание: у маленьких детей может появиться постоянно повторяющаяся игра, в которой проявляются темы или аспекты травмы.

2. Повторяющиеся тяжелые сны о событии.

Примечание: у детей могут возникать ночные кошмары, содержание которых не сохраняется.

3. Такие действия или ощущения, как если бы травматическое событие происходило вновь (включает ощущения «оживания» опыта, иллюзии, галлюцинации и диссоциативные эпизоды — «флэшбэк-эффекты», в том числе те, которые появляются в состоянии опьянения или в просоночном состоянии).

Примечание: у детей может появляться специфичное для травмы повторяющееся поведение.

4. Интенсивные тяжелые переживания под влиянием ситуаций, внешне или внутренне напоминающих о травматических событиях или символизирующих их.

5. Физиологическая реактивность под влиянием внешних или внутренних раздражителей, которые символизируют или напоминают какой-либо аспект травмирующего события.

C. Постоянное избегание стимулов, связанных с травмой, и общее оцепенение — *numbing* (отсутствовавшие до травмы), о чем свидетельствуют по меньшей мере три симптома из приведенных ниже (*избегание*).

1. Попытки избежать мыслей, чувств или разговоров, связанных с травмой.

2. Попытки избежать действий, мест или людей, которые вызывают воспоминания о травме.

3. Неспособность вспомнить о важных аспектах травмы (частичная или полная психогенная амнезия).

4. Выраженное снижение интереса к ранее значимым видам деятельности или к участию в них.

5. Чувство отстраненности или отчужденности от остальных людей.

6. Сниженная выраженность аффекта (например, неспособность испытывать любовь).
 7. Чувство отсутствия перспективы в будущем (например, отсутствие планов в отношении карьеры, женитьбы, рождения детей и т.п.).
- D.* Устойчивые проявления повышенного возбуждения (отсутствовавшие до травмы). Определяются по наличию по крайней мере двух из нижеперечисленных симптомов (*гиперактивность*).
1. Трудности с засыпанием или плохой сон (ранние пробуждения).
 2. Раздражительность или вспышки гнева.
 3. Трудность концентрации внимания.
 4. Повышенный уровень настороженности, гипербдительность, состояние постоянного ожидания угрозы.
 5. Гипертрофированная реакция испуга.
- E.* Длительность протекания расстройства (симптомов, описанных в рамках критериев В, С, D) более 1 месяца.
- F.* Расстройство вызывает клинически значимый дистресс или нарушения в социальной, профессиональной или других важных сферах жизнедеятельности.

ПТСР может быть **острым** — если симптомы сохраняются менее 3 месяцев, **хроническим** — если симптомы сохраняются 3 месяца и более, а также **отсроченным** — если симптомы возникают по меньшей мере через 6 месяцев после окончания воздействия стрессора.

В целом значимым отличием от предыдущей классификации являются указания на нарушения в важных сферах жизнедеятельности. Однако, во-первых, при одинаковых нарушениях после, скажем, аварии, лишаящей человека возможности водить машину, для профессионального водителя это будет нарушением в важной сфере жизнедеятельности, а для шофера-любителя, не имеющего собственной машины, нарушением малозначительным. Так что же, в одном случае диагноз выставляется, в другом — нет? Да и кто будет определять, является ли область важной или нет?

Попытка уточнить понятие травмирующего события в первом пункте также может оказаться не слишком успешной, так как, во-первых, не учитывает того, что объективно безопасное событие может субъективно восприниматься как угрожающее жизни, и, во-вторых, связывается только с угрозой физических повреждений и исключает угрозу психическому здоровью и благополучию, нарушение которого может субъективно восприниматься как более страшное (люди обычно больше боятся сойти с ума, чем потерять конечность) или лишающее возможности продолжать жить (ситуация сильного унижения). Кстати, переживание сильного унижения позднее может приводить ко многим симптомам ПТСР.

Критерии ПТСР в МКБ-10 определены следующим образом:

F43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство

Возникает как отставленная и затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию (кратковременную или продолжительную) исключительно угрожающего или катастрофического характера, которые в принципе могут вызвать общий дистресс почти у любого человека (например, природные или искусственные катастрофы, сражения, серьезные несчастные случаи, наблюдение за насильственной смертью других, роль жертвы пыток, терроризма, изнасилования или другого преступления).

Типичные признаки включают эпизоды повторного переживания травмы в виде навязчивых воспоминаний (реминисценций), снов или кошмаров, возникающих на фоне хронического чувства «оцепенелости» и эмоциональной приглушенности, отчуждения от других людей, отсутствия реакции на окружающее, ангедонии и уклонения от деятельности и ситуаций, напоминающих о травме. Обычно индивидuum боится и избегает того, что ему напоминает об изначальной травме. Изредка бывают драматические, острые вспышки страха, паники или агрессии, провоцируемые стимулами, вызывающими неожиданное воспоминание

о травме или о первоначальной реакции на нее. Обычно имеет место состояние повышенной вегетативной возбудимости с повышением уровня бодрствования, усилением реакции испуга и бессонницей. С вышеперечисленными симптомами и признаками обычно сочетаются тревога и депрессия, нередкой является суицидальная идеация, осложняющим фактором может быть избыточное употребление алкоголя или наркотиков. Начало данного расстройства возникает вслед за травмой после латентного периода, который может варьироваться от нескольких недель до месяцев (но редко более 6 месяцев). Течение волнообразное, при этом в большинстве случаев можно ожидать выздоровления. В небольшой части случаев состояние может обнаруживать хроническое течение на протяжении многих лет и переход в стойкое изменение личности после переживания катастрофы (F62.0).

Данные исследований ПТСР

Зарубежными авторами для изучения постстрессовых расстройств создан ряд специализированных методик: дополнительные шкалы ММРІ и ММРІ-2, Шкала воздействия событий М. Горовица (1979 г.), шкала ПТСР Т. Кина (1984 г.), Список 90 симптомов Л. Дерогатиса (1983 г.), Миссисипская шкала постбоевых стрессовых расстройств Т. Кина (1988 г.) и ее гражданская версия и ряд других. Среди отечественных методик следует отметить Опросник посттравматического стресса И. Котенева. С помощью различных методик получены данные относительно распространенности ПТСР в разных популяциях.

Со времени возвращения с военной службы в Юго-Восточной Азии примерно 960 тысяч ветеранов Вьетнама были диагностированы как страдающие от симптомов связанного с боями ПТСР на разных уровнях нетрудоспособности. В целом от 15 до 25% ветеранов страдают выраженной клинической формой посттравматической психологической дезадаптации — посттравматическим стрессовым расстройством [Kulka et al., 1990]. Аналогичные результаты были полу-

чены и в России при обследовании ветеранов войны и ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС [Лазебная, А].

По другим данным, обследование ветеранов Вьетнама показало, что 15% мужчин и 9% женщин-ветеранов боевых действий страдают от ПТСР [Forman, Havas, 1990]. Еще одно исследование показало, что примерно у 50% ветеранов Вьетнама был один или несколько симптомов ПТСР. Распространенность ПТСР у белых ветеранов Вьетнама оценена в 14%, у афроамериканцев — 19% и у испаноговорящих — 27% [там же]. При обследовании психиатрических пациентов из числа беженцев у 14% было выявлено ПТСР [Weisæth, 1992].

Карлсон и Россер-Хоган в 1993 г., сделав случайную выборку, сообщили, что 86% камбоджийских беженцев, проживающих в США в течение нескольких лет, из их выборки соответствовали модифицированному критерию ПТСР в DSM-III-R [см.: Blair, 2000].

По некоторым данным, во Вьетнаме боевое ПТСР развивалось в 21—40%, в Афганистане — у 10—15% всех раненых солдат, а в Чечне (первая кампания) — у 20—25% раненых и у 30—45% получивших ранения. При обследовании 161 участника боевых действий в Афганистане и Чечне (первая кампания) ПТСР было выявлено у 50,3% [Фокин].

В Республике Беларусь в настоящее время среди воинов-интернационалистов ПТСР есть у 10—15%, частичное ПТСР (отдельные симптомы или частично выраженные) у 20—30% [Якушкин, 1996].

При обследовании военнослужащих, получивших тяжелое ранение во время боевых действий в Чечне, в 40% случаев были выявлены клинически очерченные ПТСР, в 60% — ПТСР носили парциальный характер, так как не выявлялась симптоматика повышенной напряженности [Доровских, 1998].

По данным исследований, проведенных в лаборатории ППС ИП РАН, у 19,7% ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС было выявлено посттравматическое стрессовое расстройство [Зеленова, а].

Есть данные, что у ветеранов войны в Афганистане ПТСР встречалось более чем в 90% случаев, а у 16% ПТСР

явилось причиной установления инвалидности [Посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР), 1993]. Однако надо учитывать, что в тот период ПТСР у нас квалифицировалось как «затяжные невротические состояния, неврозы, патологическое развитие личности». То есть точнее будет сказать, что более чем в 90% случаев встречались различные патопсихологические нарушения, у 16% приведшие к установлению инвалидности.

Однако, как уже отмечалось, не только катастрофы и войны ведут к развитию ПТСР.

Более чем у половины детей 8—16 лет, попавших в ДТП, развивалось ПТСР, у 17% симптомы сохранялись и через полгода. Примерно у половины этих детей демонстрировали и другие психические расстройства, например большое депрессивное расстройство или тревожное расстройство [Mirza et al., 1988].

Только в США в 1996 г. 938 000 детей в возрасте до 21 года получили повреждения в дорожно-транспортных происшествиях. Причем 25% этих детей и 15% их родителей страдают от ПТСР, а у взрослых, попавших в автомобильные аварии, наблюдалось до 40% случаев ПТСР [de Vries et al., 1999].

При простом обследовании 97 учащихся старших классов 29% показали клинические уровни симптоматики ПТСР [Berton, Stabb, 1996].

От 16 до 47% жертв сексуального нападения страдают от хронического ПТСР. В 1991 г. в США было зарегистрировано 106 593 изнасилований, в последующие годы их количество росло. Учитывая все это, Б. Ротбаум высказал предположение, что жертвы изнасилований могут составить самое большое количество страдающих от ПТСР в США, превышая количество ветеранов войны во Вьетнаме с ПТСР [Rothbaum, 1997].

Различные показатели распространенности ПТСР в разных выборках, к сожалению, достаточно трудно сравнивать в силу того, что используются разные опросники, а в отношении клинических оценок трудно учесть их субъективизм. В

зависимости от личного опыта врачи и психологи по-разному оценивают степень травматичности тех или иных событий и подходят к пациентам с уже заранее сформированными ожиданиями, которые, естественно, влияют на оценку. Другая проблема заключается в том, что разрабатывались эти тесты на основе относительно малых выборок и их правильность не была подтверждена для популяции в целом. Как замечают некоторые авторы, достоверность этих тестов не вполне обоснована в терминах измерения дискриминативной валидности по отношению к другим измерительным конструктам [Serban, 1999]. Нужно учитывать также, что определение ПТСР возникло, главным образом, благодаря исследованию мужчин и, в первую очередь, после участия в боевых действиях. Но большей тяжестью ПТСР отличается у женщин и детей. Например, в Хорватии у женщин и детей выявлялась клинически иная картина ПТСР: меньше симптомов возбуждения и больше свидетельств избегания и молчания [Horton, 1999].

Делались попытки выделить разные формы протекания ПТСР. Так, у участников войны в Афганистане, страдающих ПТСР, были выделены следующие варианты течения: эксплозивный (27,2%), астенический (17,6%), паранойяльный (10,4%), ипохондрический (4,8%), истерический (4%) [Тураходжаев, 1992].

Посттравматический синдром нередко сопровождается частыми вспышками гнева, повышенной тревожностью, нарушением сна, притупленностью эмоций, бесконтрольным употреблением алкоголя, наркотиков, лекарственных препаратов, склонностью к депрессии, навязчивыми воспоминаниями, стремлением к изоляции, разочарованием в своих мечтах и надеждах. ПТСР в ряде случаев может сопровождаться выраженной тревогой [Доровских, 1998]. Психопатологические симптомы у пациентов из числа воинов-интернационалистов в Республике Беларусь, имеющих ПТСР, в 3—4 раза выше нормы, особенно по шкалам враждебности, тревожности, межличностной сензитивности и психотизма [Якушкин, 1996]. Эти нарушения, сопут-

ствующие ПТСР, некоторые авторы начинают рассматривать как дополнительную составляющую ПТСР. Так, Пушкарев и др. прямо пишут: «К вторичным симптомам ПТСР, наблюдаемым у пациентов многие годы, относят: депрессию, тревогу, импульсивное поведение, алкоголизм (токсикоманию), соматические проблемы, нарушение чувства времени, нарушение Эго-функционирования» [Пушкарев и др., 2000, с. 15].

Однако возникает вопрос: следует ли рассматривать эти проявления просто как вторичные проявления ПТСР или же как самостоятельно развивающиеся после перенесенного травмирующего события психопатологии.

ВНИИПО МВД России совместно с Институтом психологии РАН были проведены пилотажные исследования распространенности ПТСР среди сотрудников Государственной противопожарной службы. В результате была установлена группа лиц с высоким показателем травматического опыта и низкими показателями психопатологической симптоматики и ПТСР. Эта группа объединила испытуемых, наиболее устойчивых к стрессовым воздействиям, которым они подвергаются на службе.

Были выявлены также две группы, отличающиеся высокими показателями симптомов ПТСР. Одна из этих групп характеризовалась, кроме того, особенно высокой выраженностью психопатологических симптомов при средних показателях травматического опыта, а вторая — высокими показателями травматического опыта при показателях психопатологических симптомов, лишь несколько выше средних по выборке [Марьин и др.]. Таким образом, перенесенный травматический опыт может приводить к развитию ПТСР, развитию ПТСР и других психопатологических симптомов одновременно или к отсутствию какой-либо психопатологической симптоматики вообще (в том числе и к отсутствию ПТСР).

Вероятно, все же не следует чересчур расширять понятие ПТСР и включать в него все последствия травмы. Хотя, на наш взгляд, в большинстве случаев развитие ПТСР дей-

ствительно первично, к чему мы вернемся при рассмотрении механизмов травмы, однако в ряде случаев (скажем, если травмирующее событие связано с реакцией на смерть близких или другими значимыми потерями) в первую очередь будет развиваться депрессия. Но, к сожалению, у нас еще практически нет информации, дающей возможность проследить, в каком порядке развивается та или иная психопатология после травмы, в каких случаях и почему больше выражены те или иные симптомы.

Так, при обследовании психиатрических пациентов из числа беженцев у 75% из них была выявлена депрессия (ПТСР — у 14%) [Weisæth, 1992].

У 80% камбоджийских беженцев, проживающих в США, наблюдаются симптомы, соответствующие диагнозу большой депрессии [Blair, 2000].

По возвращении из Афганистана 92,6% военнослужащих испытывали чувство внутренней измененности, злость, повышенную раздражительность, гневливость, вспышки бешенства, конфликты, иногда — псевдомутизм (не могли разговаривать с окружающими). У 83% наблюдались длительные тревожные состояния, страхи, у 44,8% — суицидальные мысли. Спустя 1,5—2 года отмечались изменения памяти, нарушения концентрации внимания [Тураходжаев, 1992].

Среди ветеранов боевых действий, переживших травматический стресс, наблюдаются различные формы дезадаптивного поведения, такие как алкоголизм, наркомания, склонность к совершению асоциальных поступков, актов насилия, а также случаи проявления аутоагрессивного поведения, включая суицидальные действия [Лазебная, а].

Среди серьезных последствий перенесенной психологической травмы — развитие злоупотребления психоактивными веществами, начиная от табакокурения и кончая употреблением тяжелых наркотиков.

Так, случаи активного курения у женщин, переживших в своей жизни насилие, встречаются в 1,82 раза чаще, чем у женщин, не переживавших в прошлом насилия. Сходным

образом, риск активного курения у женщин, переживших в прошлом депрессию или ПТСР, соответственно в 2,22 раза и в 1,34 раза выше, чем у женщин, не переживавших в прошлом ПТСР или депрессии [Acierno et al., 1996].

В США выявили, что доля курящих среди ветеранов с ПТСР относительно выше (приближается к 63%), чем та же доля у населения в общем (около 20—30%). Зависимые курильщики в 2,03 раза чаще, чем некурящие, сообщают о страданиях от болезненной тревожности [там же].

При обследовании военнослужащих, получивших тяжелые ранения во время боевых действий в Чечне, выяснилось, что «все обследованные для облегчения душевного состояния стремились к употреблению алкоголя и за время пребывания в госпитале хотя бы один раз его употребляли» [Доровских, 1998].

Сложнее обстоит дело с наркотиками. Так, по некоторым данным распространение наркомании среди ветеранов значительно уступает аналогичному показателю, имевшему место на театре военных действий [Софронов]. Так что, видимо, во многих случаях в период военных действий мы имеем не истинную наркоманию, а что-то еще. Здесь мы сталкиваемся с тем, что уже простого рассмотрения последствий травмирующего события нам недостаточно, требуется исследовать динамику развития этих последствий как в ходе травмирующей ситуации, так и после нее с учетом различий в длительности нахождения в травмирующей ситуации.

Значительную роль среди последствий психологической травмы играют психосоматические расстройства. Это связано как с нормальными физиологическими последствиями тяжелого стресса, так и с некоторыми психологическими причинами. Вообще, мы часто сталкиваемся с соматизацией жалоб после перенесенной психологической травмы. Перенесшим психологическую травму и нуждающимся в помощи и поддержке людям порой значительно легче признать у себя наличие физического недомогания, чем психологического. Пациенты, страдающие от последствий психологической травмы, чаще обращаются к вра-

чам-терапевтам, чем к психиатрам или даже психологам. Хотя надо отметить, что в последние 10—20 лет ситуация значительно изменилась, выросла психологическая грамотность населения, и наш опыт работы показывает, что люди начинают сами искать помощи психолога иногда уже в первые дни, а то и часы после перенесенной травмы.

«В структуре жалоб, которая анализировалась по Гиссенскому психосоматическому опроснику, у ветеранов с признаками ПТСР наибольший удельный вес имеют жалобы, относящиеся к состоянию сердечно-сосудистой системы (сердечный фактор “С”). Они составляют 36% всех жалоб. Несколько меньше жалоб связано с проявлением нервного истощения (фактор истощения “И”), они составляли 24,6%. Жалобы, связанные с болями различной этиологии и локализации (болевого фактор “Б”), составляют 20,2%. Жалобы, обусловленные состоянием желудочно-кишечного тракта (желудочный фактор “Ж”), составляют 19,1%» [Пушкарев и др., 2000, с. 22].

В одной группе боснийцев-беженцев в Хорватию общая распространенность сердечных заболеваний была в два раза выше, чем у местного хорватского населения [Horton, 1999].

У ветеранов вьетнамской войны отмечен повышенный уровень смертей от автокатастроф, убийств, самоубийств и передозировки наркотиков. Самооценка состояния здоровья у этих ветеранов ниже, чем у всего населения [Forman, Navas, 1990].

При отсутствии помощи последствия травмы могут не просто принимать хроническую форму, но генерализовываться и приводить к формированию устойчивых поведенческих и личностных изменений. Подобные поведенческие и личностные изменения могут происходить и при длительном нахождении в травмирующей ситуации, являясь, по-видимому, проявлениями адаптации к этим условиям в целях выживания человека.

У сотрудников правоохранительных органов, работающих в чрезвычайных ситуациях, в отдаленные периоды выявлялись определенные поведенческие отклонения — так назы-

ваемая «психопатизация». Нарастали межличностные конфликты, имели место грубые дисциплинарные нарушения, пренебрежение своими служебными обязанностями, замкнутость, злоупотребление алкогольными напитками. Наблюдались повышенная двигательная активность при низкой продуктивности, импульсивность поступков, неоправданный риск, агрессивные формы поведения. При дальнейшем увеличении сроков пребывания в экстремальной ситуации такое anomальное поведение часто становится привычной формой реагирования, трудно поддающейся лечению [Вахов, 1997].

У ветеранов афганской войны отмечали комплексы нарушений, объединяющихся в следующие синдромы: истеро-ипохондрический (32%); астено-ипохондрический (35%); obsessивно-фобический (33%); астено-депрессивный (26%); астено-невротический (38%). Описан ряд типов психической дезадаптации у ветеранов: *активно-оборонительный* с адекватной оценкой тяжести заболевания либо тенденцией к его игнорированию; *пассивно-оборонительный* с отступлением и примирением с болезнью, для которого характерны тревожно-депрессивные и ипохондрические тенденции; *деструктивный* с нарушением социального функционирования, для которого характерны внутренняя напряженность, дисфория, конфликты, взрывное поведение, злоупотребление психоактивными веществами, агрессивные действия и суицидальные попытки. У ветеранов выделяются такие симптомокомплексы, как *астенический*, *obsessивно-фобический*, *эксплозивный*, *депрессивный*, *психоорганический* [Пушкарев и др., 2000].

В МКБ-10 выделено в качестве самостоятельного диагноза стойкое изменение личности после переживания катастрофы (F62.0).

F62.0 Стойкое изменение личности после переживания катастрофы

А. Данные (из анамнеза или от ключевых информантов) об отчетливом и постоянном изменении типа личностного восприятия, образа взаимоотношений и оценки себя и ок-

ружения вслед за переживанием катастрофы (например, нахождения в концентрационном лагере, пыток, стихийного бедствия, продолжительного пребывания в опасной для жизни ситуации).

Б. Изменение личности должно быть существенным и обнаруживать неустранимые и неадаптивные черты, на что указывает наличие минимум двух признаков из числа следующих:

- постоянная враждебность или недоверчивость к миру у личности, которая ранее не обнаруживала подобных черт;
- социальная аутизация (уклонение от контактов с людьми, за исключением нескольких близких родственников, с которыми проживает больной), не обусловленная имеющимся в данный момент психическим расстройством, таким как расстройство настроения (аффективное);
- постоянное чувство пустоты или безнадежности, которое не ограничивается дискретным эпизодом расстройства настроения и не отмечалось до переживания катастрофы; это может сочетаться с повышенной зависимостью от других, неспособностью выражать негативные или агрессивные чувства и продолжительным депрессивным настроением без указаний на депрессивное расстройство до катастрофы;
- хроническое чувство существования «на грани» или под угрозой при отсутствии внешних причин для этого, о чем свидетельствует повышенный уровень бодрствования и раздражительность у индивидуума, ранее не обнаруживавшего подобных черт; это хроническое состояние внутренней напряженности и чувства угрозы может сочетаться с тенденцией к избыточной алкоголизации или употреблению наркотиков;
- постоянное чувство измененности или отличия от других (отчужденности); это чувство может сочетаться с переживанием эмоционального онемения.

В. Изменение должно обуславливать или существенное нарушение личностного функционирования в повседневной жизни, или личностный дистресс, или неблагоприятное воздействие на социальную среду.

Г. Личностное изменение должно развиваться после переживания катастрофы без указаний в анамнезе на предшествующее расстройство зрелой личности, или акцентуацию характера, или расстройства личности, или развития в детском или подростковом возрасте, которые могли бы объяснить имеющиеся в настоящее время особенности личности.

Д. Личностное изменение должно отмечаться минимум два года. Оно не связано с эпизодами другого психического расстройства (кроме посттравматического стрессового расстройства) и не может быть объяснено тяжелым повреждением или заболеванием головного мозга.

Е. Личностному изменению, отвечающему вышеперечисленным критериям, часто предшествует посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1). Симптомы этих двух состояний могут частично совпадать, и личностное изменение может быть хроническим исходом посттравматического стрессового расстройства. Тем не менее диагноз хронического изменения личности в этих случаях должен устанавливаться, только если через два года посттравматического стрессового расстройства в течение еще минимум двух лет отмечаются вышеперечисленные критерии.

В числе собственно психопатологических отдаленных последствий ЧС отмечают стойкие расстройства аффекта с оттенками ангедонии и адинамии; постепенную хронификацию психосоматических расстройств; неуклонное нарастание социальной дезадаптации и десоциализации; утрату работоспособности с постепенным развитием психоорганических расстройств; неуклонное нарастание клиники антисоциальной психопатии [Луховский, 2000].

Одним из серьезнейших последствий долговременной психотравмирующей ситуации является «синдром концентрационного лагеря». В этом синдроме постоянно присутствует чувство тревожности вместе с раздражительностью, беспокойством, предчувствием недоброго и вздрагиванием от таких обычных стимулов, как неожиданный телефонный звонок или стук в дверь. Эти симптомы тревожности почти

всегда усиливаются ночью и обычно сопровождаются бессонницей и ночными кошмарами — простыми или являющимися слабыми замаскированными повторениями травмировавших переживаний. Сообщалось о психосоматической вовлеченности почти всех органических систем; наиболее обычны слабость, утомляемость и желудочно-кишечные проблемы. Очень характерно состояние навязчивых размышлений, когда человек озабочен воспоминанием собственных переживаний, связанных с гонениями, или часто идеализируемой жизни со своей семьей до начала гонений. Беседы с выжившими в концентрационных лагерях часто оставляют у исследователя жуткое ощущение того, что он перенесся во времени, скажем, в сумрачный ад Освенцима, настолько живо и захватывающе, с обилием деталей они описывают то, что с ними произошло и чему они были свидетелями. При этом у исследователя складывается впечатление, что в их жизнях со времени освобождения ничто не имело реального значения. Большинство считает эти свои воспоминания навязчивыми и нежелательными, и очень немногие действительно извлекают из них удовольствие. Депрессия, временами связанная с «виной выжившего», также является обычным проявлением синдрома концентрационного лагеря [Chodoff, 1976].

«Что касается людей, возвратившихся из концлагерей, то у них, согласно Хофмейеру и Хертел-Вулфу <> обнаруживались многообразные симптомы: беспокойство, чувство усталости, ухудшение концентрации, возбудимость, непоседливость, ослабление памяти и способности к концентрации, раздражительность, вегетативные симптомы, депрессии и головные боли. 78 процентов обнаруживали невротические симптомы; 47 процентов жаловались на ночные кошмары в образе концлагеря. В целом ряде случаев проходило шесть и более месяцев, пока не проявлялись эти многочисленные симптомы, которые затем нередко демонстрировали замедленное протекание, в некоторых случаях без тенденции к выздоровлению. Так, многие еще через четыре года после возвращения домой страдали от

последствий пребывания в концлагере, а у 44 процентов это приняло хронические формы. Процент людей с тяжелыми невротическими симптомами прямо зависел от тяжести условий жизни в конкретном концлагере; так, тяжелые невроты после возвращения демонстрировали 52 процента превратившихся в “мусульман” и 75 процентов тех, кто перенес сыпной тиф» [Франкл, 1990, с. 146—147].

В качестве последствий перенесенной психологической травмы, связанной со смертью или другой утратой близкого человека, мы должны рассматривать горе, которое даже в норме длится довольно долго, а может принимать и патологические формы, затягиваясь на годы и ведя к различным психопатологическим проявлениям (депрессиям, ПТСР, астено-депрессивным нарушениям, фобиям, невротическим реакциям, невротам, патохарактерологическим изменениям личности и т.д.).

Быть может, при более полных лонгитюдных исследованиях последствий перенесенной травмы нам яснее станут механизмы развития многих заболеваний. Пока что отдельные исследования дают основания полагать, что перенесенная травма может лежать в основе или быть провоцирующим фактором разных заболеваний. Так, исследование пациентов со множественными личностными нарушениями показало, что 95% из них в детстве подвергались сексуальному насилию или жестокому отношению [Weisæth, 1992]; 65% девушек с диагнозом пограничных личностных расстройств сообщали, что подвергались физическому или сексуальному насилию в возрасте до 11 лет [Earl, 1991].

Но если речь заходит об эндогенных психических заболеваниях, необходимо помнить, что травма могла послужить провокатором обострения или первой демонстрации заболевания, но не является его причиной.

Описав аффективные, когнитивные (нарушения памяти, внимания и т.д.) и поведенческие нарушения после перенесенной травмы, следует отметить некоторые исследования, говорящие об изменениях самооценки и изменениях в смысловой сфере после травмы.

Так, исследование самооценки у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС показало, что они воспринимают себя после Чернобыля как менее «активных», менее «сильных» и менее «хороших» по сравнению с тем, какими они были, по их мнению, до того, как туда попали [Зеленова, а].

У ветеранов боевых действий было выявлено больше неадекватных психологических защит и меньше удовлетворения от личных достижений. Результаты показали, что чем выше уровень стресса вследствие участия в боях, тем ниже уровень идентичности у ветеранов боев. Группа ветеранов боев страдала также от того, что Эриксон назвал диффузией идентичности [Silverstein, 1996].

В некоторых случаях, когда речь идет о молодых людях (мы здесь не говорим о детях, специфику и последствия протекания травмы у детей мы рассмотрим позднее), психологическая травма нарушает и искажает процесс нормального личностного развития. «Вьетнамские ветераны часто не заканчивали процесс “отделения—индивидуализации” <> или “процесса второй индивидуализации юношества”. Вместо этого они все еще оставались на стадии личностной консолидации <...> Во Вьетнаме эта личность срастается с “военным Я”» [Bradshaw et al., 1991].

Но нельзя видеть только негативные последствия перенесенной психологической травмы. Многие люди отмечают, что в результате произошедшего они стали увереннее, пережив «настоящий стресс», спокойнее относятся к мелким неприятностям, перестали рассматривать обычные жизненные неурядицы как тяжелые и стрессовые. Многие отмечают, что стали больше ценить жизнь, произошло переосмысление жизненных приоритетов и ценностей и т.д.

Исследование смысложизненных ориентаций у ветеранов показало, что те ветераны, которые сумели найти цель в жизни, считающие, что человек способен контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в действии, успешно преодолевают тяжелые последствия военной травмы [Зеленова, б].

15,5% комбатантов, перенесших реактивные состояния в период боевых действий, отмечали, что благодаря службе в боевых условиях они приобрели большую уверенность в себе, настойчивость и целеустремленность, появилось иное, зрелое понимание жизни, личный смысл которой стал видеться исключительно в принесении добра и пользы окружающим. Их мотивация приобрела гиперсоциальную и альтруистическую направленность [Снедков и др., 1998].

3.2.2. Дезадаптация, социальная адаптация к новой ситуации, проблема реадаптации

Серьезнейшим последствием травмирующего события является изменение социальной ситуации, в которой находится человек. В результате травмирующего события очень часто человек может быть вынужден сменить место жительства (вплоть до страны), может утратить те или иные социальные связи (оказаться в новом месте, где нет ни родных, ни друзей; лишиться близких в результате их смерти; лишиться круга общения в результате развода и т.д.), может быть вынужден сменить род деятельности (оказаться безработным или получить инвалидность). С одной стороны, в силу переживаемой травмы у человека снижаются адаптационные способности, с другой — изменившаяся ситуация ведет к необходимости адаптации к значительным переменам. Поэтому проблема адаптации — серьезное последствие как переживаемой травмы, так и социальных изменений, вызванных событием.

В.Н. Краснов указывает, что «вполне правомерно наряду с дифференцированной оценкой ситуационно спровоцированных психических расстройств учитывать весь спектр изменений психического состояния и поведения пострадавших, что может быть обозначено как “дезадаптация”» [Краснов, 1997].

Поэтому мы нередко можем у переживающих психологическую травму людей видеть состояние социальной дезадаптации. В МКБ-10 включено расстройство приспособительных реакций.

Ф43.2 Расстройство приспособительных реакций

Состояния субъективного дистресса и эмоционального расстройства, обычно препятствующие социальному функционированию и продуктивности и возникающие в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому жизненному событию (включая наличие или возможность серьезной физической болезни). Стрессовый фактор может поражать интегральность социальной сети больного (потеря близких, переживание разлуки), более широкую систему социальной поддержки и социальных ценностей (миграция, положение беженца). Стрессор (стресс-фактор) может затрагивать индивидуума и его микросоциальное окружение.

Проявления различны и включают депрессивное настроение, тревогу, беспокойство (или их смешение); чувство неспособности справиться, планировать или продолжать оставаться в настоящей ситуации; а также некоторую степень снижения продуктивности в ежедневных делах. Индивидуум может чувствовать склонность к драматическому поведению и вспышкам агрессивности, но они встречаются редко. Тем не менее дополнительно, особенно у подростков, могут отмечаться расстройства поведения (например, агрессивное или асоциальное поведение). Ни один из симптомов не является столь существенным или преобладающим, чтобы свидетельствовать о более специфическом диагнозе. Регрессивные феномены у детей, такие как энурез, «детская речь» или сосание пальца, зачастую являются частью симптоматики.

Расстройство приспособительных реакций начинается обычно в течение месяца после стрессового события или изменения жизни, а продолжительность симптоматики, как правило, не превышает 6 месяцев (кроме пролонгированной депрессивной реакции, обусловленной расстройством адаптации).

Диагностические указания

Диагноз зависит от внимательной оценки соотношения между:

- а) формой, содержанием и тяжестью симптомов;

- б) анамнестическими данными и личностью;
- в) стрессовым событием, ситуацией и жизненным кризисом.

Наличие третьего фактора должно быть четко установлено, и необходимы веские, хотя, возможно, и предположительные доказательства, что расстройство не появилось бы без него. Если стрессор относительно мал и если временная связь (менее 3 месяцев) не может быть установлена, расстройство следует классифицировать по-другому.

Включаются:

- культурный шок;
- реакция горя;
- госпитализм у детей.

Исключается:

- тревожное расстройство у детей, вызванное разлукой (F93.0).

Однако проблемы с адаптацией гораздо больше исследованы у людей, переживших длительное пребывание в экстремальных ситуациях: у комбатантов, беженцев, длительное время находившихся в плену.

Неудачные браки, проблемы с занятостью и склонность вступать в противоречия с законом широко распространены среди ветеранов боевых действий [Silverstein, 1996]. Проблемы социальной адаптации отмечали у участников войны в Афганистане. Так, одно из обследований показало, что после участия в боевых действиях в Афганистане службу в армии продолжили только 18,3% прапорщиков и 28,6% офицеров; из 26 человек, состоявших в браке, 18 развелись, половина остальных расценивали семейные отношения как неблагополучные. В профессиональном плане только 8,8% повысили свой профессиональный уровень, 7,2% поступили в вузы, но учебу не завершили [Тураходжаев, 1992].

Естественно, что при наличии психических последствий перенесенной травмы адаптация усложняется и растет число проявлений дезадаптации. Так, «у комбатантов с ПТСР по сравнению с комбатантами без ПТСР значительно чаще

встречались неудовлетворенность своей жизнью в целом, острые переживания политико-социальной ситуации в стране, изменение отношения к средствам массовой информации и руководству страны на скрыто-негативное, значительные трудности в адаптации к мирной жизни, трудности в семье после боевых действий и в общении с окружающими, изменение характера после боевых действий “в худшую сторону”, непонимание психологических особенностей комбатанта со стороны близких и сослуживцев, предпочтение проводить время среди боевых друзей или в одиночестве, а также общая субъективная негативная оценка влияния полученного боевого опыта на настоящую жизнь» [Фокин].

Но когда мы говорим о людях, длительное время находившихся в экстремальных ситуациях, мы должны учитывать: то, что нам порой кажется нарушением адаптации и дезадаптацией, на самом деле свидетельствует о хорошей адаптации к тем самым экстремальным ситуациям. Как говорит один из героев кинофильма «Рэмбо. Первая кровь»: «То, что вам удобнее называть адом, для него является домом». И речь идет не о низких адаптационных способностях, а о необходимости реадаптации к новым (например, мирным) условиям. А это требует времени. Причем то, что этих людей часто рассматривают как «больных», а их опыт — как «патологический», может только мешать их реадаптации. Вряд ли нормальный человек с готовностью согласится принять свой многомесячный, а то и многолетний жизненный опыт просто как патологию.

Рассматривая трудности, ожидающие людей при адаптации к нормальным условиям, нужно учитывать, к какой ситуации адаптирован данный человек в результате длительного проживания в экстремальных условиях. После пребывания в нацистских концлагерях, где жизнь была подчинена обеспечению самых элементарных насущных потребностей, просто выживанию, отмечался сниженный аффективный уровень реакций. Освобожденный из плена человек «еще не может по-настоящему радоваться жизни — он должен сначала научиться этому, он этому разучился»

[Франкл, 1990, с. 145]. Но и при менее нечеловеческих условиях адаптация к ним может вести к значительным отличиям от привычек, отношений, поведения и ценностей людей, живущих в других условиях. Например, «в лагерях вынужденных переселенцев формируется определенная субкультура, которая связана с переживаниями несправедливости, утраты привычного образа жизни, с отсутствием постоянной занятости, заботой о детях, стариках и нетрудоспособной части населения, с получением гуманитарной помощи, с постоянной озабоченностью продуктами питания, одеждой, нуждой в медицинской помощи и т.д. Люди живут здесь в палатках и вагончиках не по собственной воле» [Беликова, 2002, с. 59]. Переход к другим условиям может буквально приводить к «культурному шоку».

Возможно, именно со спецификой условий, к которым долгое время человеку приходилось адаптироваться, отчасти связаны различия в преобладающей в дальнейшем симптоматике (апатия или импульсивность, чувство вины или агрессивность и т.д.). Так, хорватские психиатры обнаружили, что симптомы ПТСР у заключенных, подвергавшихся пыткам, — чувство вины, психическое оцепенение, головная боль и апатичность — поразительно отличаются от симптомов у солдат с заболеваниями, связанными с участием в боях (главным образом, панические атаки и агрессивное поведение) [Horton, 1999].

Надо учитывать, что человек, длительное время находившийся в экстремальных условиях, может высоко ценить какую-то часть своего опыта, за этот период времени у него могло быть немало и позитивных переживаний, и очень значимых для него, он может высоко ценить что-то из происходившего или существовавшего там (например, какие-то взаимоотношения или какие-то собственные достижения и т.д.). Отрицание этого опыта в той среде, к которой человеку предстоит адаптироваться или реадаптироваться, может затруднять этот процесс и даже вызывать нежелание принять новый образ жизни, ради которого требуется отказаться от лично-значимых вещей. Так,

обнаружили, что многие ветераны, лечившиеся от ПТСР, сохраняют свои военные переживания из-за их значимости и смысла. Для этих ветеранов боевые действия были и негативным, и позитивным опытом. Предполагают, что многие ветераны страдают от ПТСР потому, что они продолжают жить своими военными переживаниями и держаться за их смысл. Этим ветеранам требуется эффективное лечение, развивающее компетентное «Я» мирного времени, которое включает позитивные черты военной личности [Bradshaw et al., 1991].

В результате адаптации к боевым условиям формируются важные для сохранения жизни и успешных действий навыки и стереотипы поведения. Отмечают следующие особенности, характерные для успешной адаптации к боевой ситуации: «восприятие окружающей среды как враждебной; гиперактивация внимания, настороженность, автоматизм навыков; готовность к импульсивному защитному реагированию на угрожающий фактор в виде укрытия, бегства либо агрессии и физического уничтожения источников угрозы; снижение восприимчивости к страданиям и смерти, “уход” от решения нравственных проблем; эффективное межличностное взаимодействие в микрогруппе, включающее способность к коллективной индукции; способность к моментальной полной мобилизации сил с последующей быстрой релаксацией; оптимальное нейровегетативное обеспечение данного режима психического функционирования» [Литвинцев и др., 1998, с. 105]. Многие из этих особенностей в мирной жизни часто рассматривают как патологические; пожалуй, ближе всего они к чертам «психопатическим». Но то, что в мирной жизни воспринимается как патология, в боевых условиях может быть не просто «нормальным», но даже оптимальным. Все меняется при переходе к мирной жизни. «Боевая обстановка и мирные условия настолько противоположны, что после выхода из зоны боевых действий на фоне этих изменений стрессогенной оказывается обычная жизнь» [там же]. Нужно еще учитывать, что воздействия и требования экстремальной ситуации значительно сильнее воз-

действия и требований обыденной жизни. Ничто в обычной жизни не может сравниться с накалом эмоций в экстремальных условиях.

Но нельзя забывать и еще об одной особенности войны, к которой тоже отчасти происходит адаптация: «Наряду с реальным героизмом, взаимовыручкой, боевым братством и другой относительно позитивной атрибутикой войны, грабежи и убийства (как исход “разборок” среди своих), средневековые пытки и жестокость к пленным, самое извращенное сексуальное насилие в отношении населения (особенно — на чужой территории), вооруженный разбой и мародерство составляют неотъемлемую часть любой войны и относятся не к единичным, а к характерным явлениям для любой из воюющих армий, как только она ступает на территорию (особенно — в случае иноязычного) противника» [*Решетников*]. Может быть, с этим связана нередко встречающаяся у ветеранов боевых действий тенденция вступать в противоречия с законом после увольнения со службы. Резкий переход от военного образа жизни к гражданскому не способствует формированию системы ценностей, более подходящей для гражданского общества. При переходе к мирной жизни комбатанты сталкиваются с целым рядом проблем (с которыми сталкиваются, кстати, и беженцы, и вернувшиеся из мест заключения): проблемы трудоустройства, поиска места в жизни, непонимания и т.д. [*Тураходжаев*, 1992].

Бройль так описывает причины привлекательности войны для человека:

«Война — это время большой интенсивности. Вещи видятся и делаются так, как никогда больше не будут видаться и делаться снова. В то время как Библия говорит о “вождедении глазами”, ветераны военных действий во Вьетнаме используют даже более сильное выражение “отметить глазами”, для того чтобы описать переполняющее переживание. Частью военных действий является непрерывный контакт между жизнью и смертью. Перед лицом смерти жизнь приобретает новый смысл. Усиливаются сек-

суальность и чувство товарищества. Это — приводящая в трепет открытость темной сущности смысла жизни.

Война уничтожает как свободу, так и страх свободы. Война восстанавливает в правах систему родительского авторитета. “Отец” знает лучше — и отдает приказы. Разрешение старшего часто позволяет солдатам отвергнуть чувства ответственности и вины за действия, которые они сочли бы отвратительными в других обстоятельствах.

У войны нет полутонов. Люди — или друзья, или враги, хорошие или плохие, на нашей стороне или на чужой стороне. В это время телевизионная ментальность ковбоев и индейцев становится реальностью.

Война обуславливает бегство от повседневной жизни. Обычные узы, связывающие людей, распадаются, а новые выдвигаются на первое место. Почти каждый участвовавший в военных действиях испытывал трудности с тем, чтобы перестроиться для военной дисциплины мирного времени. Многие молодые люди, вернувшиеся из Вьетнама, не могли потерпеть проверку постелей и другие рутинные мелочи, которые требовали в гарнизонах, а их нежелательная непокорность часто приводила к увольнению за неприемлемое поведение.

Война — это игра. Некоторые из бывших солдат обсуждают войну в футбольной терминологии. Есть “наша команда” и “их команда”; мы “набираем очки” за счет “приземления мяча”, когда в дело вступают наши вертолеты. Другие описывают войну как “игру в пятнашки”. Смертельные пятнашки.

Война создает сильное чувство товарищества. Никакие отношения мирного времени не могут дать такого сильного чувства товарищества, как военные действия. Солдат доверяет свою жизнь своим товарищам» [Broyles, 1984, p. 56, 58, 61–62, 65].

Но и в плане социальной адаптации людей, переживших психологическую травму, мы должны рассматривать возможность положительного исхода. Так, нередко эти люди принимают альтруистические или гиперсоциальные уста-

новки, стремясь оказывать помощь другим. Нередко они выбирают себе профессии, задача которых — защита других (спасатели, полицейские и т.д.).

При изучении катамнеза комбатантов, перенесших в условиях боевой обстановки реактивные состояния, многие еще несколько месяцев привыкали к обычной жизни, вздрагивали от внезапного шума, страдали от кошмаров и бессонницы, нередко конфликтовали с окружающими. Было обнаружено три варианта отдаленных исходов: повышение адаптивности личности; отсутствие долгосрочных психологических последствий; развитие стойкой социально-психологической дизадаптации [Снедков и др., 1998].

3.2.3. Последствия для окружающих

Пострадавшие оказывают значительное влияние на свое ближайшее социальное окружение, в том числе на членов семьи. Последствия значительных катастроф и чрезвычайных ситуаций влияют на макросоциальные процессы, а порой на все общество в целом и через него — на образующих его индивидуумов. Особые социальные последствия связаны с беженцами, вынужденными переселенцами. Обнаружено, что последствия травмы могут воздействовать на разные поколения. Многочисленные поведенческие проблемы, связанные с ПТСР, могут подавляюще воздействовать на супругов, детей и других членов семьи, усиливая потребность в превентивных стратегиях здравоохранения [Forman, Havas, 1990].

Обнаружено, например, что дети, родившиеся у матерей, переживших катастрофы или стихийные бедствия, отличаются задержками эмоционального и моторного развития, меньшим весом при рождении, нарушениями сердечной деятельности [Тарабрина, 2001, с. 62].

Родители и близкие воевавших людей сами нуждаются в психологической помощи и психореабилитации как посттравматики (вряд ли есть необходимость говорить о той психотравмирующей ситуации, в которой они оказались, ежедневно и ежечасно ожидая самой страшной вести о своем дорогом и любимом, внимая сообщениям телено-

востей из «горячей точки» и вглядываясь в кадры телерепортажей в надежде увидеть его хоть на долю секунды).

Семьи ветеранов во многих отношениях соперничают травму. Сопереживание имеет аналог в концепции созависимости при алкоголизме. Эта концепция принимает посылку, что члены семьи подвергаются воздействию процесса болезненного расстройства и фактически становятся частью этого процесса. Они могут быть свидетелями таких аспектов заболевания, как отрицание причастности, депрессия, злоупотребление алкоголем и повышенный уровень физических заболеваний. Исследования людей, переживших Холокост или воевавших во Вьетнаме, показали наличие у членов их семей повышенного уровня депрессии, плохого контроля над импульсами, чувства вины, злоупотребления различными веществами и других осложнений [*Forman, Havas, 1990*].

Наличие ПТСР, другой психопатологии и трудности социальной адаптации, естественно, нарушают функционирование семей, превращая их порой в дисфункциональные. Ребенок, выросший в дисфункциональной семье, в свою очередь, может передавать проблемы дальше.

Существует, кстати, любопытная гипотеза относительно того, что причиной повторяющихся циклов войн между религиозными и этническими группами является утраченная и потаенная психологическая травма у детей. Есть многочисленные примеры паттернов мести у поколений, когда грехи отцов падают на их детей. Согласно этой гипотезе, психологическая травма сербов, которые были детьми во время Второй мировой войны и страдали от зверств хорватов в ходе нацистской оккупации, вновь проявилась у взрослых после того, как была психологически скрыта в ожидании, что возможность для мести нажмет на спусковой крючок. Взрослые склонны к трансформированию страха в ненависть, и это ведет к обычной ситуации, когда общества воспитывают ненависть в детях, которым «промывают мозги», развивая стремление мстить за травму, причиненную их предкам. Эта ненависть стала ядром су-

ществования истинного серба. Даже после десятилетий мира между соседями — христианами сербами и мусульманами хорватами — эта латентная психологическая травма ждала, чтобы эксплуатирующие и манипулирующие политические лидеры нажали на спусковой крючок [Taylor, 1998].

Массовые масштабные травмирующие события могут в качестве отдаленных последствий при неблагоприятном развитии и недостаточной помощи вести к развитию того, что Кей Эриксон называет «коллективной травмой», «общественной травмой», к появлению «травмированных сообществ». Такие травмированные сообщества отличаются от собраний травмированных людей. Повреждаются ткани сообщества, а травматические раны, причиненные отдельным людям, могут объединяться в создании настроения, почти групповой культуры, — которое отличается от суммы отдельных ран, образующих его. Травма имеет социальное измерение. Пережитая общая травма может так же служить источником чувства общности, как и общий язык и общее культурное происхождение. Тут есть духовное родство, чувство идентичности, даже когда притуплены чувства привязанности и оцепенела способность быть заинтересованным. Травма обладает и центростремительными, и центробежными тенденциями. Отчуждение становится основой чувства общности. Это «собрание раненых». С другой стороны, в некоторых местах, где имели место такие чрезвычайные происшествия, члены сообщества в такой степени раскалывались на фракции, что их можно назвать «коррозированными сообществами», противопоставляя «терапевтическим сообществам». Те, кто не были задеты, стараются отдалиться от тех, кто был задет, почти так, будто они избегают чего-то испорченного, зараженного, загрязненного. Кей Эриксон отмечает, что такое часто бывает связано с ситуациями радиационного или химического загрязнения и происходит в обществах, где изначально имелись какие-то «дефектные линии» [Erikson, 1994].

Но иногда общая травма может служить и основой будущего восстановления. Эти люди знают друг друга лучше,

чем самые близкие друзья. И поэтому они могут обеспечить человеческий контекст и что-то вроде эмоционального раствора, в котором может начаться работа восстановления [*там же*].

При природных катастрофах часто после ужаса наступает, согласно Энтони Ф.С. Уэллесу, «стадия эйфории», когда люди осознают, что, в конце концов, общее сообщество не умерло [*Wallace, 1957*]. Этому особенно способствуют помощь и поддержка, приходящие извне. Ссылаясь на проведенный К. Эриксоном обзор литературы, отметим такие названия для подобных сообществ после пережитой общей травмы: «город товарищей», «демократия дистресса», «сообщество потерпевших», «посткатастрофная утопия», «альтруистичное сообщество», «терапевтическое сообщество» [*там же*]. Теплота, сопереживание и действенная помощь, приходившие из разных уголков страны, в свое время в СССР приводили к тому, что сильные землетрясения в Ташкенте, Махачкале и др. не вызывали появления травмированных сообществ. В период же развала страны, экономических и политических кризисов после катастроф легче появиться травмированным сообществам.

Огромное значение в расширении круга пострадавших от чужой травмы играют средства массовой информации, особенно телевидение (постепенно эти же функции все больше начинает выполнять Интернет). Телевидение «вносит» травматичные события в каждый дом, благодаря ему миллионы людей «приобщаются» к экстремальным ситуациям, при этом порой «благодаря» телевидению мы получаем возможность стать свидетелями (почти участниками) тех событий, от которых были бы отдалены, даже находясь рядом с местом происшествия. Иногда яркий показ травмирующих событий, особенно мертвых и умирающих людей, сам по себе может вызывать у зрителей травмирующие переживания, подобные переживаниям у настоящих очевидцев события. А если восприятие репортажа о каком-то ужасающем событии сопровождается осознанием того, что подобное могло случиться и с самим зрите-

лем или его близкими, то последствия для психического состояния человека могут быть достаточно длительными. С помощью телевидения мы начинаем превращаться в «травмированное сообщество». Однако те же средства массовой информации могут способствовать и формированию «альтруистических, терапевтических сообществ», сплачивая людей, способствуя выражению поддержки и даже организации помощи.

Возможно, когда мы говорим о последствиях психологической травмы, нужно понимать, что в целом мы говорим практически о динамике психологической травмы, в ряде случаев имеющей тенденцию от реакции на локальное событие превращаться в процесс, постепенно захватывающий все более широкие сферы жизни человека, становиться все более глобальной, иногда делаясь буквально образом жизни травмированной личности и ее окружения. Однако надо помнить, что это — не обязательное течение процесса.

Можно и иначе рассматривать последствия травмирующего события: с одной стороны, как процесс развития (или не развития) ПТСР, с другой — как процесс развития (или не развития, или постепенного исчезновения) иных его последствий.

Теперь следует рассмотреть этапы развития процесса психологической травмы как единого явления, начиная с момента травмирующего события.

4. Этапы реакции на травму

Как уже говорилось, психологическую травму надо рассматривать как процесс, и исследовать этот процесс следует в динамике, начиная с самого травмирующего события (или даже с ожидания его, которое само по себе может быть травмирующим) и до самых отдаленных последствий.

Разные авторы выделяют различные этапы и стадии развития травмы, которые иногда кажутся не очень совместимыми. Так, в США выделяют 4 фазы динамики психогенных расстройств вследствие экстремальных ситуаций: 1 — «героическая» фаза, длящаяся несколько часов, для нее характерны альтруизм, героическое поведение, вызванное желанием помочь людям, спастись и выжить; 2 — фаза «медового месяца», длящаяся от недели до 6 месяцев, для нее характерны сильное чувство гордости у выживших за то, что они преодолели все опасности и остались в живых, а также вера в то, что вскоре все проблемы и трудности будут разрешены; 3 — фаза разочарования, длящаяся от 2 месяцев до 2 лет, с переживаниями гнева, разочарования, негодования; 4 — фаза восстановления, на которой люди начинают брать на себя ответственность за решение своих проблем [Посттравматические стрессовые расстройства, 1993; Александровский и др., 2000].

У нас принято выделять 5 стадий ПТСР: мобилизации, иммобилизации, агрессии, депрессивных реакций, остановительного процесса [Посттравматические стрессовые расстройства, 1993].

После землетрясения в Спитаке один из исследователей выделил острый период, продолжительностью от нескольких часов до нескольких дней, подострый — длительностью до 6 месяцев, и хронический, продолжающийся от нескольких месяцев до десятков лет [Сукиасян, 1993].

Другие авторы выделяли следующие фазы реакции на стихийные бедствия: предвоздействия, воздействия (от начала стихийного бедствия до начала спасательных работ) и послевоздействия (начинается через несколько дней) [Александровский др., 2000].

Горовитц, известный исследователь проблем психологической травмы, выделяет короткую фазу отчаяния, или «криков», затем — фазу отрицания, или оцепенения, за которой следует фаза навязчивости [Horowitz, 1986].

Многие выделяют более мелкие стадии на первых порах после пережитого события, длящиеся от нескольких часов до нескольких дней [Александровский и др., 2000; Решетников и др., 1991].

Одна из попыток объяснения развития травмы связывает ее с развитием диссоциации, а разные этапы травмы — с разными типами диссоциации. «Различают три отличных, но взаимосвязанных паттерна диссоциативности: первичная диссоциация, возникающая в первый момент попадания человека в травматическую ситуацию. Первичная диссоциация характеризуется дезинтегративностью и фрагментарностью восприятия ситуации угрозы, которая сопровождается интенсивными эмоциями страха, ужаса и беспомощности. Вторичная или перитравматическая диссоциация — дальнейшая дезинтеграция личного опыта перед лицом продолжающейся серьезной угрозы; третичная диссоциация — развитие характерных эго-состояний, содержащих травматический опыт. Высокая интенсивность перитравматической диссоциации является одним из наиболее существенных прогностических факторов возникновения посттравматического стрессового расстройства» [Агарков, Тарабрина].

Совсем иные стадии выделяются при рассмотрении развития психологической травмы после длительного пребывания в плену. Выделяют шок поступления, изменения при длительном пребывании, освобождение. Или по-другому: фаза первичной реакции, фаза адаптации, фаза астении. Или при освобождении: апатия, сменяющаяся тревожностью, а затем агрессией и враждебностью [Франкл, 1990;

Spaulding, Ford, 1976]. В данном случае то, какие фазы и периоды выделяются, во многом зависит от того, с какого момента начинают рассматривать развитие процесса психологической травмы и каким моментом заканчивают, а также насколько детально рассматривают разные этапы процесса.

При рассмотрении травмы, связанной с потерей близких, мы практически рассматриваем стадии горя. Хотя при рассмотрении горя больше согласия между авторами в выделении стадий, однако больше и расхождений в сроках. Но к вопросу о реакции на смерть близких мы вернемся позднее.

Надо еще учитывать, что во всех случаях следует различать процесс нормального переживания психологической травмы (то есть процесс переживания травмы и восстановления после нее) и процесс патологический, «затянутый», «застрявший», ведущий к развитию различных патологических состояний, хроническим нарушениям и изменениям.

В зависимости от того, сколько времени человек находился в травмирующих условиях, а также от того, была ли связана травма с потерей самых близких людей или нет, процесс нормальной реакции на травму может занимать разное время и включать разные этапы. Не нужно быть психологом, чтобы понять, что нормальное горе от потери близкого человека будет длиться дольше, чем нормальная реакция на аварию, а после долгого пребывания в плену потребуются периоды реадaptации. Поэтому мы рассмотрим **этапы развития травмы в трех случаях: после кратковременного травмирующего события, при длительном пребывании в травмирующей ситуации, а несколько ниже — в случае горя после смерти близких.**

4.1. Этапы реакции после кратковременного травмирующего события

На наш взгляд, **после кратковременного травмирующего события наиболее адекватно выделение трех периодов (в некоторых случаях добавляется четвертый — «нулевой»),**

и уже в рамках этих периодов следует рассматривать поэтапное развитие процесса.

«Нулевой» период — период предвоздействия [Александровский др., 2000], **или ожидания.** Этот период чаще встречается в случаях стихийных бедствий, когда событие могло быть предсказано, ожидалось. Для этого периода характерна тревога, напряжение, беспокойство. Однако в некоторых случаях возникает состояние ажитации, попытка с помощью искусственного возбуждения, веселья, повышенной активности избежать мыслей о возможной опасности, игнорировать имеющуюся угрозу. Такой же период может иметь место и в ситуации, связанной с опасностью заболеть (вспомним, например, «Пир во время чумы»), с ожиданием операции, любой рискованной или опасной ситуации. Этот период очень условно может быть отнесен к периодам развития психологической травмы, так как совсем не обязательно травмирующее событие вообще может произойти. Но в этот период уже начинает развиваться стрессовое состояние, что может повлиять на развитие психической реакции, если событие все же произойдет. Кстати, именно в этот период может происходить «травма воображением», о которой мы говорили.

I период — острый период [Сукиасян, 1993]. На наш взгляд, можно было бы назвать его периодом **нормального развития травмы**, так как он встречается у большинства переживших то или иное травмирующее событие. (Практически, он отсутствует в тех случаях, когда событие не произошло или еще не было воспринято как травмирующее, то есть когда травмы не было.) Этот период длится от нескольких часов до месяца (в некоторых случаях — до двух). В данном этапе можно выделить ряд стадий [Решетников и др., 1991; Александровский и др., 2000]:

Стадия 1 — стадия витальных реакций, переходящих в краткосрочное состояние оцепенения. Длительность до 15 минут, поведение подчинено императиву сохранения жизни.

Те же авторы отмечают, что в некоторых случаях (например, при уфимской железнодорожной катастрофе при

травме и ожогах) в течение 5—15 минут, то есть на этой же стадии, встречается психогенная анестезия.

Надо сказать, что в случаях крайней угрозы для жизни человек может даже действовать произвольно и неосознанно, спасая свою жизнь. Так, женщина во время обстрела машины с вертолета выскочила вместе с детьми из машины. И только через несколько минут поняла, что оставила в ней младшего ребенка.

В случаях, когда такой моментальной угрозы нет и речь идет скорее о получении информации, для этой стадии больше характерно состояние **неверия** в происходящее, отношение к нему, как к глупой шутке или лжи. Такое состояние, например, отмечали у себя большинство заложников «Норд-Оста».

Во многих случаях в качестве одной из реакций на травму следует рассматривать панику. Так, при железнодорожной катастрофе в Республике Башкортостан панические реакции отмечались у 71,2% пострадавших [Харисова, Валинуров, 1997]. Паника может возникать как на первой, так и на второй стадии.

Стадия 2 — **стадия острого психоэмоционального шока с явлениями сверхмобилизации**. Длительность 3—5 часов. Для этой стадии характерно общее психическое напряжение, мобилизация психофизиологических резервов, обострение восприятия, увеличение скорости мыслительных процессов. При этом критическая оценка ситуации снижена, но сохранена способность к целесообразной деятельности. Поведение часто подчинено спасению близких. Субъективно переживается ухудшение состояния, преобладают чувства отчаяния, страха, сопровождающиеся ощущениями головокружения и головной боли, сердцебиением, сухостью во рту, жаждой и затрудненным дыханием, но значительно возрастают физические силы.

На этой стадии могут возникать «тоннельные состояния сознания», когда люди, оказавшиеся в одной группе, почти не вспоминают о других; именно для первых двух стадий характерно и возникновение состояний первичной и вторичной диссоциации.

Именно на этой стадии практически возникают все те острые психотические и непсихотические реакции, которые описаны выше в разделе «Ближайшие последствия травмирующего события».

Стадия 3 — стадия психофизиологической демобилизации. Длительность до 3 суток. На этой стадии наступает понимание масштабов случившегося («стресс осознания»), часто происходят первые встречи с получившими травмы, с телами погибших. Происходит осознание не только продолжающейся в ряде случаев жизнеопасной ситуации, но и новых стрессовых воздействий, таких как утрата родных, разобщение семей, потеря дома, имущества. Важными элементами пролонгированного стресса в этот период являются ожидание повторных воздействий, несовпадение ожиданий с результатами спасательных работ, необходимость идентификации погибших родственников и т.д. и т.п. Характерно существенное ухудшение самочувствия (ощущения тошноты, тяжести в голове, снижение аппетита, желудочный дискомфорт) и эмоционального состояния. Преобладают растерянность, депрессивные тенденции, иногда также могут возникать панические реакции (нередко — иррациональной направленности), понижение моральной нормативности поведения, снижение уровня эффективности деятельности, повышенная утомляемость, астенизация. Отмечаются некоторые изменения внимания и памяти (как правило, обследованные не могли достаточно четко вспомнить, что они делали в эти дни).

Стадия 4 — стадия разрешения. Длительность 3—12 суток. Субъективно наступает постепенная стабилизация настроения и самочувствия, но сохраняется сниженный эмоциональный фон, интонации более бедные, ограничены контакты с другими людьми, движения замедлены. В конце этой стадии появляется желание выговориться, причем рассказы сопровождаются некоторой ажитацией. Восстанавливается сон, но нередко появляются кошмары и сны о событии. Объективно наблюдается истощение физиологических резервов, нарастает переутомление, снижается умственная рабо-

тоспособность, появляются признаки синдрома пирамидной межполушарной асимметрии. На этой стадии у детей может появляться энурез, у беременных бывают спонтанные выкидыши и преждевременные роды.

Стадия 5 — **стадия восстановления**. Начинается примерно с 12 дня. На этой стадии происходит активизация общения, возрастает эмоциональность, речь и мимика становятся более эмоционально окрашенными, появляются шутки, нормализуются сны. Субъективно многие на данной стадии отмечают свое состояние как пришедшее в норму.

Обычно эта стадия заканчивается нормализацией состояния. Практически нормальное развитие психологической травмы на этом завершается. Событие переработано и переходит в долговременную память. Оно пережито и становится просто частью жизненного опыта человека. Таким образом, в норме при кратковременных травмирующих событиях восстановление заканчивается к концу месяца, в некоторых случаях несколько дольше, до двух месяцев.

Но в ряде случаев происходит застревание на третьей-четвертой стадиях. Восстановления не происходит.

Поэтому далее мы считаем нужным говорить уже не о стадии отставленных реакций, а о следующем периоде в развитии травмы.

Период II — **подострый период, период отставленных реакций, или предпатологический период**. Наступает через месяц, длительность — до 6 месяцев. Для него характерны транзисторные психопатологические синдромы (кошмары, нарушения сна, навязчивости, страхи, невротические и неврозоподобные состояния, астеноневротические реакции с психосоматическими нарушениями).

Период III — **хронический период**. Длится от 6—7 месяцев до нескольких десятков лет. Характерны фиксация пережитых реакций, личностная патология, стойкая психопатология. Происходит нарастание симптоматики. Для этого периода характерны все те нарушения, которые описаны в разделе «Отдаленные последствия травмы».

4.2. Этапы реакции после длительного травмирующего воздействия

При рассмотрении процесса развития психологической травмы вследствие длительного пребывания в травмирующей ситуации нам следует рассмотреть весь процесс, не ограничиваясь какой-то его частью. Стремление учесть весь процесс от начала травмирующей ситуации до полного восстановления (или развития патологии) после нее заставляет нас выделить как минимум три периода:

Период I — **начальный период**, или **период попадания** в долговременную психотравмирующую ситуацию, иначе говоря, **период первичных реакций**, или **шок поступления** (по Коэну). Этот период соответствует острому периоду реакции на краткосрочное травмирующее событие и включает все те же стадии. По сути дела, этот период первичных реакций и является на первых порах реакцией на краткосрочную пока еще травму. Соответственно, мы можем выделить все те же стадии в развитии этого периода травмы (витальных реакций, острого психоэмоционального шока, психофизиологической демобилизации, разрешения, стадию же восстановления точнее назвать стадией первичной адаптации).

Период II — **период пребывания** в долговременной психотравмирующей ситуации, или **период адаптации**. Характерные для этой стадии проявления в значительной мере определяются тем, к каким именно условиям происходит адаптация.

Так, для пребывания в концлагере наиболее характерными было развитие апатии. «Эта апатия является как бы защитным механизмом психики. То, что раньше или позже могло возбуждать человека или отравлять ему жизнь, приводить его в возмущение или в отчаяние, то вокруг него, чему он был свидетелем или даже участником, теперь отскакивало, как от какой-то брони, которой он себя окружил. Здесь перед нами феномен внутреннего приспособления к специфической среде: все происходящее в ней достигает сознания

лишь в приглушенном виде. Снижается уровень аффективной жизни. Все ограничивается удовлетворением сиюминутных, наиболее насущных потребностей». «Кроме апатии возрасало и возбуждение. В итоге можно охарактеризовать психику заключенных в лагере с помощью двух признаков: апатии и агрессии» [Франкл, 1990, с. 137, 138].

Нельзя рассматривать даже пребывание в концлагере как ведущее к появлению только негативных патологических черт. Надо помнить о том, что именно в условиях концлагеря иногда проявлялись (или возникали?) высшие человеческие качества.

Если же говорить о не столь ужасных условиях длительных травмирующих ситуаций, то адаптация к ним может вести к развитию многих в общем-то ценных качеств.

Однако нельзя забывать, что адаптация происходит все-таки к экстремальным ситуациям, вызывающим повышенное напряжение всех функций. Так что слишком долгое пребывание в подобной ситуации может вести к истощению всех ресурсов.

Позволим себе привести отрывок, описывающий этапы развития реакции на ситуацию, которая у некоторых людей ведет к тяжелой психологической травме, — ситуацию потери работы. В качестве первой фазы авторы называют состояние неопределенности и шока. Мы можем соотнести это с описанным нами первым периодом.

«Фаза 2 — наступление субъективного облегчения и конструктивное приспособление к ситуации. Эта фаза длится 3—4 месяца после потери работы. Но уже в первые недели без работы многие люди начинают испытывать облегчение и даже радость из-за наличия свободного времени. Появляется удовлетворение жизнью. Некоторые отмечают улучшение состояния здоровья. Начинаются активные поиски нового места работы.

Однако в некоторых случаях стрессовые состояния оказываются стойкими и не поддаются устранению. Человек начинает преувеличивать опасность своего положения и тогда уже не воспринимает его как отдых.

Фаза 3 — утяжеление состояния. Оно наступает обычно после 6 месяцев отсутствия работы. Обнаруживаются деструктивные изменения, когда вопрос касается здоровья, психики, финансов, социального положения человека. Наблюдаются дефицит активного поведения, разрушение жизненных привычек, интересов, целей. Подрываются силы противостояния неприятностям. Особенно велики деструктивные изменения при длительной безработице, когда человек не имеет хотя бы небольшого заработка на временной, сезонной или черной работе. Не менее неприятны для человека колебания, связанные с появлением надежды найти работу и потерей этой надежды. Они могут вести к прекращению поисков.

Фаза 4 — беспомощность и примирение со сложившейся ситуацией. Это тяжелое психологическое состояние наблюдается даже при отсутствии материальных трудностей и в том случае, когда человек удовлетворен пособием по безработице. Состояние апатии возрастает с каждым месяцем. Отсутствие даже минимальных успехов в поиске работы ведет к потере надежды. Человек прекращает попытки изменить положение и привыкает к состоянию бездеятельности. Порой люди боятся найти работу. Социальные службы общества не предпринимают усилий для того, чтобы помочь человеку трудоустроиться» [Александровский и др., 2000].

Период III — **период возвращения**, или **период освоения**.

Мы уже говорили о том, что само возвращение к «нормальным» условиям для человека, адаптировавшегося к «ненормальным», является стрессовым, а в некоторых случаях и травматичным. В отличие от многих других стрессовых ситуаций, на первых порах стресс, переживаемый человеком при возвращении к обычной жизни, может не осознаваться, маскироваться чувством радости, эйфорией, которые затем сменяются астенией, подавленностью, а также чувством разочарования, раздражением, гневом.

Синдром американцев-военнопленных, репатриированных из стран Востока, заключается в первоначально мягких расстройствах, идентификации себя с группой заключен-

ных, тревожности, связанной с возвращением в Соединенные Штаты, и развитии откровенного гнева и враждебности через несколько дней или недель [*Spaulding, Ford, 1976*].

«Освобожденный из лагеря пока еще подвержен своего рода ошущению деперсонализации. Он еще не может понастоящему радоваться жизни — он должен сначала научиться этому, он этому разучился» [*Франкл, 1990, с. 145*].

Для этой стадии могут быть характерны все проблемы, описанные в разделе «Дезадаптация, социальная адаптация к новой ситуации, проблема реадаптации». Надо ясно понимать, что даже при самой благополучной ситуации в период возвращения человек должен пройти стадию стресса возвращения, стадию неустойчивой адаптации и последствий травмы и период окончательного восстановления (или хронических отдаленных последствий при неблагоприятном развитии).

4.3. Этапы реакции после потери близких (этапы горя)

При рассмотрении этапов развития травмы **после потери близких (этапов горя)** разные авторы также выделяют разные этапы, например:

- фаза шока и оцепенения (в среднем длится 9 дней), фаза страдания и дезорганизации (6—7 недель), фаза остаточных толчков и реорганизации (до года), фаза завершения [*Черепанова, 1997*];
- фаза шока, фаза поиска (пик примерно на 12 день), фаза острого горя или отчаяния, страдания и дезорганизации (до 6—7 недель после утраты), фаза остаточных толчков и реорганизации, фаза завершения [*Василюк*];
- стадия шока и оцепенения; отрицания и отстранения; признания и боли; принятия и возрождения [*Дейтс, 1999*];
- фазы криков, отрицания и навязчивости, предложенные Горовитцем как этапы реакции на травму, больше всего также соответствуют именно начальным этапам развития горя [*Horowitz, 1986*] и т.д.

В целом можно отметить сходство выделяемых этапов. Правда, некоторые авторы отмечают большее количество этапов. Так, А.Г. Амбрумова и Г.В. Старшенбаум выделяют 8 этапов реакции горя (цит. по: *Юрьева, 1998*):

1 этап — с доминирующей эмоциональной дезорганизацией (от нескольких минут до нескольких часов); 2 этап — гиперактивности (2—3 дня); 3 этап — напряжения (неделя); 4 — поиска (вторая неделя); 5 — отчаяния (третья—шестая неделя), 6 — демобилизации, 7 — разрешения (несколько недель со дня смерти), 8 — рецидивирующий (до года).

Можно отметить, что в целом большинство авторов сходится на том, что процесс нормального горя может длиться примерно до года, причем в основном восстановление происходит в течение нескольких недель, а дальше уже могут просто случаться отдельные рецидивы. Составители МКБ-10 склонны проявлять еще больший оптимизм, указывая, что нормальные реакции горя не превышают 6 месяцев, а если горе длится дольше, оно должно рассматриваться как аномальное. Однако работа с людьми, пережившими смерть самого близкого человека, показывает, что чаще всего в действительности процесс гораздо более длительный и полное его завершение требует даже не одного года. Как сказал Б. Дейтс: «Первый год уходит на то, чтобы выжить. Второй показывает, как вы одиноки» [*Дейтс, 1999*].

Вероятно, такое расхождение в сроках связано, во-первых, с тем, что уже через несколько недель человек начинает избегать обращаться за помощью, оставаясь один на один со своим горем, учится меньше показывать его чужим людям. Но горе-то еще остается! Во-вторых, надо развести протекание горя после смерти близких и после утраты **самого близкого человека**. В этом случае рушится весь жизненный уклад, от повседневной рутины, привычек, планов до смысла жизни. И нужно гораздо больше времени на восстановление, нужно не просто пережить горе, но и практически заново создать свою жизнь, найти смысл того, чтобы жить дальше, научиться жить не просто без умершего человека, но жить с другими людьми, обзавестись новыми привычками, порой — новым кру-

гом общения, выстроить новые взаимоотношения с близкими и т.д. и т.п. Об этом нередко забывают. То есть человеку надо пройти этап адаптации к новым условиям и выстраивания себе нового жизненного уклада. Только после этого можно говорить о том, что человек пережил горе и пришел к нормальной жизни.

Итак, в целом, вероятно, можно говорить о следующих этапах переживания горя:

Этап I — **шок**. Как правило, он длится 1—2 недели, но может затягиваться до месяца. Причем, как и в других случаях развития психологической травмы, здесь можно выделить несколько фаз, однако они встречаются не всегда:

- фаза витальных реакций, или эмоциональной дезорганизации. Пожалуй, нередко именно эту фазу точнее всего было бы назвать «фазой криков» или фазой неверия. Эта фаза длится, как правило несколько минут, но в некоторых случаях может доходить и до нескольких часов;
- фаза острого психоэмоционального шока с явлениями сверхмобилизации, или фаза гиперактивности;
- фаза психофизиологической демобилизации, или напряжения.

Для этого этапа переживания горя характерны самые разные реакции. Поведение может внешне выглядеть как остро-психотическое или, наоборот, равнодушно-спокойное. Человек может быть гиперактивен или заторможен и находиться как бы в оцепенении. Человек может рыдать, проявлять неадекватную агрессию, кричать или молчать. В целом, для этой стадии характерно поведение, которое легче всего назвать неадекватным. Оно неадекватно либо тяжести утраты, либо происходящему вокруг. Человек еще не осознает потери, не в состоянии осмыслить случившееся, не верит, что это могло произойти. Иногда все воспринимается как в тумане или во сне. Вероятно, наша психика не может справиться с потерей сразу. Одни авторы склонны говорить о вытеснении и отрицании потери, другие — о том, что человек сам еще живет в прошлом. «Человек психологически отсутствует в настоящем, он не слышит, не чувствует, не

включается в настоящее, оно как бы проходит мимо него, в то время как он сам пребывает где-то в другом пространстве и времени. Мы имеем дело не с отрицанием факта, что “его (умершего) нет здесь”, а с отрицанием факта, что “я (горюющий) здесь”» [Василюк]. На этой стадии могут возникать ощущения дереализации и деперсонализации, могут встречаться состояния диссоциации, могут наблюдаться острые аффективные реакции. Но что бы с человеком ни происходило, это может рассматриваться как «норма». Как сказал человек, много лет проработавший с людьми, переживающими горе: «Лучшее, что я могу вам сказать о поведении после получения плохого известия, — это то, что любая ваша реакция будет правильной и нормальной. Кто-то выходит из себя, кто-то холоден, как лед. Одни заливаются слезами, другие проявляют организаторскую активность. Нельзя сказать, какая реакция лучше, а какая хуже. Если вы не впадаете в истерику, это не значит, что вы бесчувственны. Если вы плачете, это не значит, что вы слабее того, у кого глаза сухие» [Дейтс, 1999].

Этап II — **отрицания**, или **поиска**. Как правило, этот период длится от недели до полутора месяцев. Для него характерно прежде всего то, что умерший воспринимается человеком как живущий: он говорит о нем в настоящем времени, мысленно беседует с ним, постоянно ждет его, как бы «забывая» о его смерти, может принимать за него прохожих на улице, набирать его телефон и т.п. Часты фантазии о том, что умерший вернется, что он жив. Встречаются даже галлюцинации в просоночном состоянии. Такие ошибки и видения пугают, вызывают мысли о сумасшествии. Ухудшается физическое самочувствие. Часто отмечаются слабость, истощение сил, потеря аппетита, нарушения сна (бессонница или сонливость). Равнодушие к вопросам гигиены, опрятности, неспособность делать повседневные дела. Боль может ощущаться буквально физически.

Этап III — **страдания и дезорганизации, боли и признания потери**. Часто наступает только месяца через три после

утраты или даже через полгода (хотя иногда уже через полтора-два месяца). Человек признает факт утраты, и именно поэтому страдание обычно достигает наибольшей силы. Осознание утраты ведет к чувству боли и ощущению пустоты, которую нечем заполнить. Человек испытывает одиночество, потерю смысла жизни, часто переживается чувство вины, нередко ухудшаются отношения с близкими. Характерны нарушения сна, чувство тревоги, страхи. Кстати, именно к концу этого этапа зачастую наступает ухудшение состояния здоровья, обостряются хронические заболевания. Условно на этом этапе можно говорить о фазе отчаяния и фазе демобилизации. Это очень неровный период. Иногда может происходить возвращение на этап отрицания, иногда могут появляться периоды, когда боль несколько притупляется.

Этап IV — **остаточных толчков и реорганизации, или принятия и возрождения**. Очень условно говорят о том, что эта стадия тянется до конца первого года. Однако нужно иметь в виду, что и в середине второго года тоже могут быть ухудшения состояния. Но все больше появляется «светлых» периодов, человек возвращается постепенно к нормальной жизни. Восстанавливается общение с окружающими, вырабатывается или восстанавливается привычная повседневная рутина. Постепенно многие воспоминания перестают сопровождаться чувством острой боли. Человек иногда охотно и даже с удовольствием начинает вспоминать какие-то эпизоды, связанные с умершим. Но главное, что на этой стадии человек уже начинает задавать вопрос: «Как жить дальше?». Переход от вопроса «Почему?» к вопросу «Как?» указывает на то, что человек постепенно восстанавливается.

Этап V — **одиночества и принятия возможности для себя нормально жить по-новому**. Именно на второй год человек может остро ощущать свое одиночество. Появляется желание найти близкого человека, но при этом периодически возникает вина и стыд за «предательство» по отношению к умершему. Постепенно человек начинает строить планы, мечтать и фантазировать о будущем. Мысли с прошлого

переключаются на настоящее и будущее. Умерший занимает свое место в жизни человека как часть его прошлого, как важный ресурс для дальнейшей жизни.

Только после того, как человек ощутил свое одиночество и испытал потребность в новой жизни и принял свою готовность «нормально» жить, наступает последний, завершающий этап.

Этап VI — **завершающий**. Человек выстраивает свою жизнь, начинает получать от нее удовольствие. Только на этом этапе человек может иногда чувствовать себя счастливым. Как правило, в случае тяжелой потери самого близкого человека этот этап наступает лишь на третьем году.

Конечно, порой процесс переживания горя может происходить быстрее, но только если он значительно затягивается по сравнению с указанными сроками, имеет смысл говорить о патологическом горе. Для патологического горя характерно застревание на тех или иных стадиях. Искаженное горе может проявляться в суицидальных мыслях и тенденциях, в злоупотреблении психоактивными веществами, затянувшейся глубокой депрессии, неспособности обслужить себя, однообразных стереотипных реакциях, нарушении контактов с людьми и т.д.

Выделялись различные формы горя. Так, английские психологи А. Фэрнхем и С. Бочнер объединили выделенные разными авторами формы горя:

- «1. “Нормальное” горе, которое последовательно включает шок, отчаяние, депрессию и восстановление, продолжающееся от трех до двадцати четырех месяцев.
2. “Преувеличенное горе”, когда все симптомы усиливаются и затягиваются во времени. Данная форма может включать глубокую депрессию и апатию, чрезмерное чувство вины или странную идентификацию с утраченным объектом, при этом могут наблюдаться как невротические, так и психотические симптомы.
3. “Сокращенное” горе — подлинная, но кратковременная эмоциональная реакция, возникающая либо вследствие быстрого “замещения” утраченного объекта другим,

либо вследствие недостаточно глубокой привязанности к утраченному объекту.

4. “Сдержанное” горе имеет место, когда симптомы и формы проявления “нормального” горя маскируются или сдерживаются, обнаруживая себя позже в психосоматических жалобах.
5. “Предварительное” горе — переживания проявляются до того, как утрата становится реальным фактом.
6. “Запаздывающее” горе — отсроченная форма нормального горя, проявляющаяся намного позже факта утраты» [цит. по: Психологическая помощь мигрантам: травма, смена культуры, кризис идентичности, 2002].

Таким образом, психологическая травма — процесс, возникающий вследствие воздействия на человека события, включающего объективную или субъективную угрозу смерти или физической целостности (его самого или других) либо же его психической целостности («нормальности» или «возможности для меня жить»). То есть кроме физической угрозы не менее травматичными могут быть события, вызывающие у человека разрыв представлений о себе и ситуации, в которой возможно его существование. Произошедшее рассматривается как лишаящее возможности существовать. Это может восприниматься либо как «Я так (после этого) жить не могу» (вплоть до суицида), либо «После этого жить невозможно». В основном это могут быть события, связанные с унижением или с лишением «всех надежд» на будущее.

При рассмотрении процесса развития психологической травмы важно выделить три случая: 1) одиночная кратковременная травма, не связанная со смертью близких; 2) длительное пребывание в травмирующей ситуации; 3) смерть близких (где сам момент смерти является кратковременным, а ситуация утраты — бесконечной). Процесс реакции на серию травмирующих событий пойдет либо по первому, либо по второму пути.

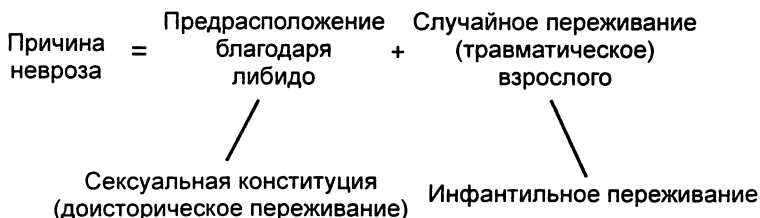
Для понимания развития процесса переживания психической травмы следует обратиться к его механизмам.

5. Механизмы

5.1. Психологические модели механизмов психической травмы

5.1.1. Психодинамическая модель

Согласно психодинамическому подходу Фрейда, в основе неврозов, в том числе травматических или военных неврозов (психологических травм), лежит один и тот же механизм — фиксация на моменте травмы. Травматическое переживание «в течение короткого времени приводит в душевной жизни к такому сильному увеличению раздражения, что освобождение от него или его нормальная переработка не удается, в результате чего могут наступить длительные нарушения в расходовании энергии» [Фрейд, 1989б, с. 175]. Однако для того, чтобы после травматического переживания взрослого человека развился травматический невроз, требуется актуализация детских конфликтов. Механизм формирования невроза может быть представлен с помощью следующей схемы [там же, с. 231]:



Вкратце рассмотрим и современные психоаналитические взгляды на механизм развития детской травмы (инфантильного переживания). Подробно разбирает механизмы развития детской травмы в современной психодинамической парадигме Д. Калшед [2001].

Неудовлетворенные потребности, к которым относятся и состояния сильной депривации, порой наносят серьезный ущерб развитию ребенка. Отличительной чертой такой травмы является переживание тревоги дезинтеграции — ужаса перед растворением связного «Я», которое должно быть предотвращено любой ценой. В период раннего детства, когда имеет место такая травма, еще не сформировано связное Эго и его защиты, поэтому, чтобы «немыслимое» не было пережито, в действие вступает *вторая линия защит*. В рамках психоаналитического подхода эти защиты называют «примитивными» или «диссоциативными». Это, например, расщепление, проективная идентификация, идеализация и обесценивание, трансовые состояния, переключения между множественными центрами идентичности, деперсонализация, психическое оцепенение и т.д. Эти примитивные защиты не только служат признаком тяжелых форм психопатологии, но и являются их причиной. Сновидения, связанные с травмой, представляют собой *автопортрет архаичных защитных действий психики* и создают спонтанную картину «второй линии защит» психики. Порождая символы аффектов и фрагментов личностного переживания травмы, они участвуют в процессе исцеления. «Если травматическая защита однажды возникла, все отношения с внешним миром переходят в ведение системы самосохранения. То, чему предполагалось быть защитой против дальнейшей или повторной травматизации, становится основным камнем преткновения, сопротивлением для любых спонтанных проявлений “Я”, направленных во внешний мир. Личность выживает, но не может жить творчески: ее креативность блокирована. Становится необходимой психотерапия» [Калшед, 2001, с. 18]. Травматический процесс не заканчивается с прекращением внешнего акта насилия. Психика переводит внешнюю травму во внутреннюю силу, первоначально защитную, но затем — саморазрушающуюся. «Травмированная психика продолжает травмировать саму себя <...> Люди, перенесшие психическую травму, постоянно обнаруживают себя в жизненных

ситуациях, в которых они подвергаются повторной травматизации» [там же, с. 20].

Пуховский Н.Н. предпринял попытку интегрировать психоаналитический и медико-биологический подходы к травме. По его мнению, после острых аффективно-шоковых реакций на первый план выходит картина первичного травматического Эго-стресса (стресса осознания), когда необходимость в новой дискомфортной постшоковой ситуации следовать «принципу реальности» порождает интрапсихический конфликт и подвергает тяжелым испытаниям интегративную функцию Эго. Именно синдром Эго-стресса рассматривается как центральное звено патогенеза психопатологических последствий ЧС. Эго-стресс обладает аутохтонной способностью переходить в перманентный (вторичный) Эго-стресс кризиса идентичности и благоприятствовать развитию дальнейших психопатологических последствий ЧС. Таким образом, внешний травматический психический стресс формирует (или актуализирует латентный) интрапсихический конфликт и приводит к развитию синдрома Эго-стресса, клиническую картину которого составляют фрустрационная регрессия, аффект болезненного недоумения, аффект психалгии, дисторсия и острые реакции на стресс. Синдром первичного травматического Эго-стресса можно рассматривать как первооснову последующей психопатологической эволюции личности участника экстремальной ситуации, начальные этапы которой носят процессуальный невротический (связанный с интрапсихическим конфликтом) характер. Однако постепенно включаются более глубокие, психобиологические закономерности эволюции процесса, и могут формироваться метаневрозы — психобиологические болезненные процессы (хронические психосоматические болезни, алкоголизм и токсикомании, эпилептоидная психопатия как проявление индивидуального психического вырождения) [Пуховский, 2000].

5.1.2. Когнитивно-бихевиоральная модель

Нередко в основу теоретической концепции, объясняющей механизм развития травмы, кладется принцип

рефлекторного обусловливания ПТСР. При этом собственно травмирующее событие выступает в качестве интенсивного безусловного стимула, вызывающего у человека безусловно-рефлекторную стрессовую реакцию. Другие события или обстоятельства, сами по себе нейтральные, но каким-либо образом связанные с травматическим стимулом-событием, могут послужить условно-рефлекторными раздражителями, вызывающими эмоциональную реакцию (страх, гнев), соответствующую первоначальной травме, по условно-рефлекторному типу. Делаются попытки применять и классическую теорию оперантной обусловленности развития синдрома. То есть предполагается, что если воздействие событий, ассоциативно связанных с основным травмирующим стимулом, ведет к развитию эмоционального дистресса, то человек будет стремиться к избеганию такого воздействия [см.: *Тарабрина, 2001*].

В рамках когнитивных моделей травмирующие события могут вести к разрушению базовых представлений о мире и о себе. Эти представления формируются в ходе онтогенеза, связаны с удовлетворением потребности в безопасности и лежат в основе Я-концепции. В ситуации сильного стресса происходит коллапс Я-концепции. В ряде случаев он может быть адаптивным, так как предоставляет возможность для более эффективной реорганизации Я-системы. Малоадаптивное преодоление травмы включает генерализацию страха, гнева, ухода, диссоциацию, постоянное отыгрывание травмы. Причина малоадаптивного преодоления травмы в негибкости, некорректируемости когнитивных схем [*Медынская*].

Предложенная Горовитцем информационная модель делает попытку синтезировать когнитивную, психоаналитическую и психофизиологическую модели. Стресс вызывается массой внутренней и внешней информации, основная часть которой не может быть согласована с когнитивными схемами. Вследствие информационной перезагрузки необработанная информация переводится из

сознания в бессознательное, но сохраняется в активной форме. Следуя принципу избегания боли, человек стремится сохранить информацию в бессознательной форме, но, согласно тенденции к завершению, временами травматичная информация становится сознательной как часть процесса информационной обработки. Для того чтобы травма больше не хранилась в активном состоянии, должен завершиться и интегрироваться процесс информационной обработки опыта [Медынская]. Вслед за Горовитцем, разные авторы предлагали и другие многофакторные модели психологической травмы.

5.1.3. Многофакторные модели

Авторы и сторонники так называемого психосоциального подхода к ПТСР (Б. Грин, Дж. Уилсон, Дж. Линди) предлагают многофакторную модель ПТСР, разработанную в Центре исследований травматических стрессов Университета Цинциннати. Модель травмы является когнитивной, так же как наиболее эффективный способ вмешательства. Эта модель подчеркивает необходимость учета каждой из следующих переменных в развитии реакции на травму: 1) характеристики травматических стрессоров; 2) индивидуальные черты и 3) элементы оздоровления окружающей среды (сюда относятся социальная поддержка, стигматизация, демографические и культурные особенности и др.) [Green, Wilson, Lindy, 1985]. Еще одну многофакторную концепцию предложил А. Мэркер, выделивший три группы факторов, которые в сочетании могут вести к развитию ПТСР: особенности травмирующего события (тяжесть, неконтролируемость, неожиданность), защитные факторы (способность к осмыслению, социальная поддержка, механизмы совладания с травмой), факторы риска (возраст, негативный прошлый опыт, психические заболевания, низкий интеллект, низкий социоэкономический уровень) [см.: Тарабрина, 2001].

При рассмотрении механизмов действия травмы мы сталкиваемся и с попытками связать разные элементы в

единую картину и с объяснениями отдельных элементов. Так, Лифтон рассматривает диссоциативный опыт психического оцепенения в фазе избегания ПТСР как психическое истощение, препятствующее развитию Эго. Преодоление навязчивых эпизодов этого синдрома может поглотить мысли индивида, чьего внимания, таким образом, не хватает для повседневных переживаний, которые вносят вклад в развитие личности. Энергии, израсходованной на защиту от повторяющихся травматических реакций, не оказывается в распоряжении для дальнейшего развития Эго [Lifton, 1988].

Еще один очень важный, на наш взгляд, момент в изучении механизмов психологической травмы — это рассмотрение роли нарушений смысловой регуляции при травме. Многие отмечают, что с травмой часто связаны потеря смысла жизни, использование неудачного смыслообразования. Использование психологических защит вместо переосмысления ситуации может быть немаловажной составляющей механизма развития травмы [Леонтьев, 1999].

5.2. Физиологические и биохимические механизмы

При рассмотрении механизмов развития психологической травмы прежде всего следует, видимо, рассмотреть механизмы развития стресса, частным случаем которого она и может рассматриваться (по крайней мере, на ранних этапах).

Канадский физиолог Г. Селье предложил термин «стресс» (англ. «давление», «напряжение») для обозначения приспособительных реакций организма, возникающих в результате любых внешних воздействий и направленных на восстановление гомеостаза — постоянства внутренней среды. «Стресс есть неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование» [Селье, 1979, с. 27]. Неприятное стрессовое состояние, сопровождаемое чув-

ствами тревоги, страха и стремлением избежать негативного воздействия, Селье назвал «дистрессом». Причем с точки зрения стрессовой реакции не имеет значения, приятна или неприятна ситуация, с которой мы столкнулись. Важно лишь, насколько интенсивна потребность в перестройке или адаптации.

Селье описал синдром биологического стресса (или общий адаптационный синдром) и три последовательно возникающие фазы: реакцию тревоги, фазу сопротивления и фазу истощения. Возникающие адаптационные реакции при воздействии экстремальных факторов всегда избыточны, поэтому стресс-реакция сопровождается не только приспособительными, но и патологическими изменениями. К объективным признакам стресса относятся увеличение надпочечников, атрофия вилочковой железы, желудочно-кишечные изъязвления. Избыточный уровень стресса, возникающий при длительном внешнем воздействии, приводит к тяжелым последствиям и, в конце концов, к смерти, но и при полном отсутствии стресса организм не может функционировать: «Полная свобода от стресса означает смерть» [Селье, 1979, с. 30].

Вот как Селье описывает управление стрессом: «Стрессор возбуждает гипоталамус, <...> продуцируется вещество, дающее сигнал гипофизу выделять в кровь адренокортикотропный гормон (АКТГ). Под влиянием же АКТГ внешняя корковая часть надпочечников выделяет кортикоиды. Это приводит к сморщиванию вилочковой железы и многим другим сопутствующим изменениям: атрофии лимфатических узлов, торможению воспалительных реакций и продуцированию сахара (легкодоступный источник энергии). Другая типичная черта стрессовой реакции — образование язвочек пищеварительного тракта (в желудке и кишечнике). Их возникновение облегчается высоким содержанием кортикоидов в крови, но автономная нервная система тоже играет роль в их появлении» [там же, с. 37—38].

Концепция стресса получила широкое признание в психологии. Наряду с физиологическим стрессом был введен

термин «психологический стресс». Р. Лазарус, автор концепции психологического стресса, «впервые стал исследовать психологические процессы как промежуточные переменные, которые опосредуют ответные реакции человека на стрессовые стимулы. Им были выделены два этапа оценки стрессогенного события: оценка наличия и степени опасности, угрозы для индивида и оценка собственных ресурсов, которые могли бы ему позволить справиться с угрозой. Согласно Лазарусу, стресс возникает в том случае, если человек расценивает угрожающие обстоятельства как требующие значительно больших ресурсов, чем те, что у него имеются» [Психологическая помощь мигрантам, 2002, с. 19].

Признаки стрессового напряжения (по Шефферу)

1. Невозможность сосредоточиться на чем-то.
 2. Слишком часты ошибки в работе.
 3. Ухудшение памяти.
 4. Слишком частое возникновение чувства усталости.
 5. Очень быстрая речь.
 6. Частое «улетучивание» мыслей.
 7. Довольно частое появление болей (в голове, спине, области желудка).
 8. Повышенная возбудимость.
 9. Отсутствие прежней радости от работы.
 10. Потеря чувства юмора.
 11. Резкий рост количества выкуриваемых сигарет.
 12. Тяга к алкогольным напиткам.
 13. Постоянное ощущение недоедания.
 14. Потеря вкуса к еде (аппетита).
 15. Невозможность вовремя закончить работу
- [Пергаментцик, 2000, с. 65].

Л.А. Китаев-Смык предлагает более детальное подразделение на разные стадии при стрессе (см. рис. на с. 91).

При этом Китаев-Смык предлагает рассматривать кратковременный стресс под воздействием сильных стрессоров как проявление начала долговременного стресса.

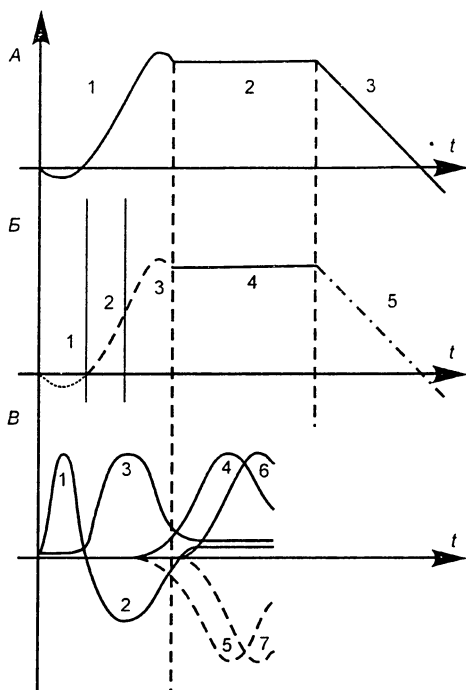


Рисунок. Схемы развития стресса

А — стадия развития стресса по Г. Селье: «аларм»-реакция (1); фаза резистентности (2); истощение адаптивных резервов (3). Б — фазы адаптации при стрессе: разрушение имевшейся «функциональной системности» (1); становление новой «функциональной системности» (2); фаза неустойчивой адаптации (3); фаза устойчивой адаптации (4); фаза разрушения «функциональной системности» (истощения) (5). В — динамика смены форм адаптивной активности при стрессе: эмоционально-поведенческая активность (1); эмоционально-поведенческая пассивность (2); превентивно-защитная вегетативная активность (3); усиление умственной активности «положительное» (4) и «отрицательное» (5); активизация общения — «положительная» (6) и «отрицательная» (7) [Китаев-Смык, 1983, с. 11].

(Примерно так же, как мы предлагали действовать при рассмотрении начала длительного пребывания в травмирующей ситуации.)

«Кратковременный стресс — бурное расходование “поверхностных” адапционных резервов и наряду с этим начало мобилизации “глубоких”. Если “поверхностных” резервов недостаточно для ответа на экстремальные требования среды, а темп мобилизации “глубоких” недостаточен для возмещения расходуемых адапционных резервов, то особь может погибнуть при совершенно неизрасходованных “глубоких” адапционных резервах.

Длительный стресс — постепенные мобилизация и расходование и “поверхностных”, и “глубоких” адапционных резервов» [Китаев-Смык, 1983, с. 12—13].

Кстати, как предполагает Китаев-Смык, причиной длительного стресса может стать повторяющийся экстремальный фактор, поскольку при этом «попеременно “включаются” процессы адаптации и реадаптации» [там же, с. 13]. На самом деле все пребывание человека в травмирующей ситуации может отчасти рассматриваться как чередование периодов усиления и ослабления действия экстремальных факторов, а не непрерывного их воздействия.

Интересно, что суммарная продолжительность первых двух периодов стресса в различных экстремальных условиях, приближавшихся к предельно переносимым для человека, в среднем составляла около 11 суток. И это перекликается со сроками развития первых четырех стадий острого периода реакции на травму. При исследованиях жизнедеятельности человека в крайне неблагоприятных для него условиях описывают период неустойчивой адаптации к этим условиям, который «может рассматриваться как третий период первой стадии развития стресса. Его продолжительность варьирует в широких пределах (до 20—60 суток)» [там же, с. 15]. Это может перекликаться со стадией восстановления (при реакции на кратковременную травму) или со стадией первичной адаптации (при длительной травме) все того же острого периода.

Рассмотрим современные взгляды на биохимические механизмы развития стресса (и травмы) [Кассиль, 1978; Николаева, 2003]. Каждое сильное и сверхсильное воздействие на организм возбуждает кору и лимбико-ретикулярную систему головного мозга, вызывая в гипоталамусе освобождение (переход в свободную, активную форму) норадреналина из нервных клеток. Активируя норадренергические элементы лимбико-ретикулярной системы, норадреналин вызывает возбуждение симпатических центров и тем самым активацию симпато-адреналовой системы. Следствием этого является возбуждение чревного нерва и через него — мозгового слоя надпочечников, что и приводит к усиленному выбросу адреналина из мозгового слоя надпочечников.

Кровь обогащается адреналином, который через гематоэнцефалический барьер проникает в адренореактивные элементы заднего гипоталамуса, так как в этом отделе гипоталамуса барьер проницаем для катехоламинов.

Кстати, при стрессе резко возрастают потребности мозга в глюкозе, а адреналин усиливает процесс превращения гликогена печени в глюкозу, тем самым способствуя поддержанию гомеостаза мозга.

Поступление адреналина в гипоталамус ведет к активации системы гипоталамус — гипофиз — кора надпочечников. Происходит возбуждение адренергических элементов центральной нервной системы и одновременно (в силу противоположной реакции центральных и периферических образований нервной системы на действие одного и того же химического вещества) повышение активности серотонинергических и холинергических элементов мозга. Они стимулируют продуцирование нейросекреторными клетками адреноректорного фактора, или адреноректорного фактора, или адреноректорного фактора. Через кровь это вещество попадает в переднюю долю гипофиза, где оно способствует выделению в кровь АКТГ). Под влиянием этого гормона в коре надпочечников увеличивается выход из гранул кортикостероидов (КС), прежде всего кортизола, содержание их в крови нарастает. Высокие концентрации кортизола приво-

дят к торможению воспалительных реакций (снижению иммунитета), распаду белков в периферических тканях и их синтезу в печени, повышению концентрации сахара в крови, сгущению крови, экскреции (выделению) кальция и фосфата почками, блокирует выброс тестостерона в кровь, в тканях преобладают катаболические процессы. Гипофиз также секретирует бета-эндорфин, который усиливает выброс кортикостероидов в кровь и параллельно повышает болевой порог.

Обычно, проникая через гематоэнцефалический барьер в гипоталамус, кортикостероиды по закону обратной связи тормозят образование аденокортикотропинрелизинг-фактора, и, следовательно, их содержание в крови начинает уменьшаться. В конце первой и во время второй стадии по механизму обратной связи в действие вступают и противодействующие факторы (система ацетилхолина и гистамина), оказывающие противоположное, «антистрессовое», действие. На второй стадии — стадии сопротивления, если сила и длительность действия стрессора не превышает компенсаторных способностей организма, в коре надпочечников вновь появляются секреторные гранулы, усиливается разжижение крови, в тканях преобладают анаболические процессы.

Однако при длительных и сильных стресс-воздействиях кортикостероиды связываются с особым белком крови — транскортином (Т). Соединение КС + Т задерживается гематоэнцефалическим барьером. В мозг перестает поступать информация о содержании КС в крови, аденокортикотропинрелизинг-фактор продолжает непрерывно выделяться и стимулировать через гипофиз образование КС. Непрерывное поступление КС в кровь приводит к истощению гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы. То есть возникновение фазы истощения при стрессе следует рассматривать, в частности, как нарушение механизма саморегуляции вследствие блокады гематоэнцефалическим барьером информации о переизбытке в организме кортикостероидов.

На завершающем этапе «возникает стадия супер- и гиперкомпенсации, в которой уже необратимо подавлены защитные механизмы, истощены, сведены на нет эрготропные функции живой системы и начинают доминировать трофотропные факторы, неизбежно приводящие (если только не вмешиваются внешние силы) организм к коллапсу, шоку и гибели» [Кассиль, 1978, с. 184].

Важно отметить, что у одних людей симпатoadреналовая и холинергическая системы действуют антагонистически (чем выше активность симпатoadреналовой системы, тем ниже активность холинергической), у других — синергически (выше активность одной — выше активность другой). Если в первом случае постепенно при адаптации организм будет возвращаться к дострессовому уровню гомеостаза, то во втором случае будет нарастать уровень и тех и других факторов, приводя к напряжению гипофизарно-надпочечниковой системы, суммарному нулевому эффекту адаптации и одновременно быстрее вызывая истощение организма [*там же*].

Согласно некоторым данным, стрессорное воздействие, продолжающееся длительное время, может обусловить дисфункцию ответственных за адаптацию структур центральной нервной системы (ЦНС) с последующим запуском метаболических тканевых повреждений [Снедков и др., 1998]. Колб также указывает, что в результате чрезвычайного по интенсивности и продолжительности стрессового воздействия происходят изменения в нейронах коры головного мозга, блокада синаптической передачи и даже гибель нейронов. При этом в первую очередь страдают зоны мозга, связанные с контролем над агрессивностью и циклом сна [Тарабрина, 2001, с. 47].

Интересно отметить, что процесс адаптации к стрессу связан с изменениями межполушарных взаимоотношений. По-видимому, в процессе адаптации происходит активация правого полушария, более тесно связанного с диэнцефальным отделом мозга. У правшей длительная активация субдоминантного полушария, видимо, чаще приводит к

чрезмерному напряжению гипофизарно-надпочечниковой системы, о чем говорит одновременный гиперкортицизм и относительное повышение уровня инсулина (обычно они находятся в реципрокных отношениях). То есть люди с меньшей межполушарной специализацией имеют определенные преимущества в экстремальной ситуации и эффективнее к ней адаптируются [Николаева, 2003].

Стресс развивается по своим законам, независимо от типа стрессора, однако многие исследователи отмечают два типа реакций, связанных с преимущественным поступлением в кровь адреналина (гормона тревоги, или «гормона кролика») или норадреналина (гормона гомеостаза, или «гормона льва»). «Психологические стрессы, выражающиеся в задержке внешних проявлений (ожидание боли, предчувствие неприятностей, страх, тревога, сознание собственной незащитности, депрессия, боязнь смерти), связаны в какой-то мере с поступлением в кровь адреналина и в меньшей степени — норадреналина. Стрессы, выражающиеся во внешних проявлениях (аффект, агрессия, гнев, ярость), состояния, требующие выдержки, выносливости, длительного умственного и физического напряжения, преодоления препятствий, сопровождаются накоплением во внутренней среде норадреналина» [Касиль, 1978, с. 77].

Таким образом, именно рассмотрение биохимических механизмов развития стресса дает нам возможность понять особенности развития начальных стадий реакции на травму, а также причины и возможные механизмы развития соматических заболеваний после перенесенной травмы (язвы желудка вследствие изъязвления слизистой желудочно-кишечного тракта в результате повышения кислотности, диабета напряжения вследствие увеличения уровня глюкозы и снижения уровня инсулина, болезней, вызванных длительным подавлением иммунитета, сердечно-сосудистыми заболеваниями и т.д.) в основном в результате действия кортикостероидов. Можно полагать, что сильный или длительный стресс (травма) может вести к более ус-

тойчивым изменениям в биохимических процессах. Ряд исследований показывает связь психологических нарушений при перенесенной травме и биохимических особенностей.

Например, у детей с синдромом «неспособности расцвести» (или отставании в развитии вследствие жестокого обращения) низкий IQ и отставание в росте, но они резко возрастают после улучшения условий их жизни. Эти данные поддерживают гипотезу, что нейрогормоны (вероятно, адренкортикотропный гормон и меланин-стимулирующий гормон) и нейротрансмиттеры (вероятно, в-эндорфин) совместно управляют гормональной секрецией гипофиза и ростом интеллекта. Предполагают, что гипофиз становится бездействующим и гормонально гипофункциональным в условиях жестокого насилия, а гормон роста, соматотропин, не выделяется. Половая зрелость также не наступает, если насилие продолжается до возраста половой зрелости. Отмечено, что в период насилия ребенок может перестать распознавать боль, что может означать мозговой опиатный анальгетический эффект эндорфина, производимого в мозге [*Armsworth et al.*, 1993].

Показана важная роль в симптомах ПТСР повышенной адренергической активности. У многих ветеранов военных действий обнаружен повышенный уровень адреналина, который, видимо, является составной частью их склонности к поиску острых ощущений и риску, которая часто не в ладу с общественными правилами [*Silverstein*, 1996].

В последнее время растет число исследований, в которых устанавливается связь ПТСР с отклонениями от нормы в ряде определенных биологических систем, включая центральную и периферическую симпатическую нервную систему, гипоталамо-гипофизно-адренкортикальную систему, эндогенную опиоидную систему и суточный цикл сна. Было обнаружено, что у подвергшихся насилию детей и взрослых снижается альфа-2 рецепторная связь, а также

наблюдается более высокий уровень частоты сердечных сокращений и кровяного давления [см.: *Armsworth et al.*, 1993].

Появляются биохимические исследования и других аспектов протекания травмы. Например, предполагают, что приостановить и затормозить чрезмерное угрожающее переживание может не избегание внешней опасности, а усилия, направленные на борьбу с угрозой внутренней дестабилизации. Когда человек сталкивается с чрезмерным переживанием, которое ощущает как потенциально дезинтегрирующее, у него есть возможность приостановить и «заморозить» его в неассимилированной, неразвитой форме и поддерживать его в этом состоянии неопределенно долго или столько, сколько необходимо. Наша биологическая структура может заранее определить, что полнота переживания встретившейся угрозы может уничтожить или дезинтегрировать основу ее организации. Клинический опыт позволяет предположить, что способность приостанавливать прогресс и интеграцию переживания некоторым образом вовлекает лимбическую или темпоралимбическую систему, поскольку она является частью мозга, контролирующей вегетативную нервную систему, через которую мы выражаем все наши эмоции и которая отвечает за основные механизмы выживания. Возможно, блокирование или приостанавливание интеграции болезненных переживаний достигается путем высвобождения эндорфинов. На основе этой гипотезы некоторым пациентам давали молоксон и обнаружили, что блокирование эндорфинных центров в мозгу облегчает избавление от болезненных переживаний [*Brown*, 1990].

Надо учитывать, что прекращение действия стрессора не является для человека прекращением стресса. Помимо того, что в результате экстремальной ситуации могло появиться много других причин для стресса или даже травмы (смерть близких, потеря жилья и т.д.), сама память человека, как уже отмечалось, может вновь и вновь возвращать человека в стрессовую ситуацию.

«Сверхбыстрое извлечение из памяти прошлого опыта идет по той же нейрохимической трассе, по которой он в свое время фиксировался. Процесс воспоминания может вызывать те же биохимические сдвиги, которые были характерны для предшествующего опыта и процесса его фиксации» [Тополянский, Струковская, 1986].

К сожалению, биохимические и нейрофизиологические механизмы процессов памяти изучены далеко не полностью. Да и психологические тоже. Особенно если говорить об обычных процессах запоминания, извлечения и забывания, а не о процессах воспроизведения информации в строго ограниченных экспериментальных условиях. И, пожалуй, хуже всего изучены именно механизмы образной и эмоциональной памяти.

В психофизиологии обычно говорят об энграммах — следах памяти, сформированных в процессе обучения. Активность энграммы определяет ее готовность к считыванию, она обнаруживается в возбуждении нейронов. А эмоции непосредственно связаны с активацией некоторых подкорковых структур. «Чем ярче эмоции, тем больше вероятность активации этого следа в дальнейшем. У страха, по выражению А. д'Обинье, хорошая память. Не только частые или затянувшиеся стрессовые ситуации, но также испытанный хотя бы раз в жизни острый страх смерти оставляют неизгладимый след в долговременной памяти индивида. Биологически оправданный и необходимый для детенышей млекопитающих механизм, лежащий в основе импринтинга (способность к одноразовому обучению с образованием особо прочной связи), приводит, таким образом, к формированию матрицы долгосрочной памяти — стойкому запечатлению следов однократного психофизиологического состояния, возникшего вследствие психогенного или соматогенного воздействия, которое оказалось по тем или иным причинам экстремальным для данного индивида» [там же, с. 23].

Мы уже отмечали, что на ранних стадиях стресса активируются структуры мозга, вовлеченные в эмоциональ-

ное реагирование. С этим, видимо, связано улучшение фиксации новых сигналов, расширение диапазона информации, воспринимаемой эмоционально, и возрастание эффективности запоминания эмоциональных стимулов, что обеспечивает выделение из окружающей среды высокозначимых сигналов, улучшение фиксации их следа и, таким образом, ускоренное формирование основы новой программы реагирования в изменившихся условиях [Николаева, 2003].

Механизмы действия эмоциональной памяти, относящейся к экстремальным ситуациям, вероятно, связаны с формированием доминанты. «Изменение внешней стимуляции и возбуждения рецепторов из внутренней среды организма вызывает появление в ЦНС очага повышенной возбудимости. Формирование такого очага происходит не мгновенно, а лишь на третий день в субэкстремальных условиях. Очевидно, что лишь к этому дню накапливаются гормональные и метаболические сдвиги в организме, достаточные для возникновения доминирующей мотивации. При этом обнаруживается снижение спонтанной двигательной активности, времени бодрствования, редуцирование реакции активации на ЭЭГ, возрастание латентного периода реакций, снижение основной частоты альфа-ритма, появление на ЭЭГ медленных волн, то есть обнаруживаются поведенческие и электрофизиологические признаки торможения. На этом фоне происходит резкая активация эмоциональной памяти. После возникновения очага повышенной возбудимости и проявления признаков торможения в ЦНС, которое, согласно представлениям А.А. Ухтомского, следует расценивать как сопряженное, очаг повышенной возбудимости может сохраняться в зависимости от экстремальности среды от нескольких часов до нескольких суток» [там же, с. 79]. Интересно, что часто сны о травмирующем событии и навязчивые воспоминания начинаются дня через три после перенесенной травмы.

В свою очередь, «частые воспроизведения в памяти одних и тех же предметов не случайно уподобляются ударам резца, который, по выражению Гельвеция, запечатлевает их тем глубже, чем чаще они повторяются. Своеобразным проявлением удивительной способности мозга к автоматизации стереотипных видов деятельности (“задалбливанию”, по Н.П. Бехтеревой — однотипной деятельности с общей или сходной схемой реализации) при затянувшихся психовегетативных реакциях становится формирование патологического динамического стереотипа. Матрица долговременной памяти, которая в норме освобождает нас “от необходимости все время думать, какой ногой шагнуть” (минимизирует территории, обеспечивающие более или менее стереотипные виды деятельности), закрывает входы к “запасникам” мозга и резко ограничивает возможности вовлечения новых систем и структур последнего в приспособительные реакции при патологических процессах» [Тополянский, Струковская, 1986, с. 26].

Но в результате оказывается, что активизация воспоминаний приводит к повторному переживанию стрессовой ситуации со всеми соответствующими проявлениями и процессами (включая все биохимические механизмы), что, в свою очередь, ведет к закреплению переживания в памяти. И так далее. Стресс, затем воспоминания и вызываемый ими стресс превращаются в порочный, подкрепляющий сам себя круг. В результате рано или поздно может наступить состояние истощения — астении.

При наступлении же состояния астении в случае длительного стресса снижается порог эмоциогенности стимулов, и тогда эмоциональная доминанта превращается в «ружье с легко спускающимся курком» (по Анохину), и даже самый незначительный повод может вызывать эмоциональный «взрыв» с повышением тонуса гладкой мускулатуры [там же, с. 29].

Можно предполагать, что при психологической травме процесс переработки ярко окрашенных эмоциональных образов воспоминаний не завершается. Они не просто со-

храняются в долговременной памяти, но вновь и вновь оказываются в оперативной памяти, «загружая» ее. Тем самым внимание человека в большей степени направлено не на реальность, а на воспоминания. Как следствие этого могут возникать функциональные нарушения всех когнитивных функций. По-видимому, все основные симптомы ПТСР могут хорошо объясняться, если исходить из первичного «сбоя» в работе памяти.

Пожалуй, верно, что «проблема активного преодоления устойчивых патологических состояний с висцероvegetативными расстройствами все больше сводится по существу к поискам наиболее рациональных путей воздействий на патологические матрицы долговременной памяти» [там же, с. 26]. С одним очень важным уточнением: возможно, надо воздействовать не на матрицы долговременной памяти, а на механизмы, приводящие к постоянной их активации и переходу в память оперативную [там же, с. 27].

К сожалению, эти механизмы пока изучены очень слабо. Ряд исследователей полагает, что переработка информации, в том числе эмоциональной, связанной со стрессами, может происходить на стадии сна с быстрыми движениями глаз [Шануро, 1998].

5.3. Модель механизма психической травмы как процесса переживания события

Мы считаем, что нельзя рассматривать механизмы психологической травмы, оставляя без внимания процессуальный характер ее переживания. Психологическую травму можно понять, только если рассматривать ее как психологический и физиологический (!) процесс, протекающий в определенных социальных условиях и реализуемый посредством физиологических и биохимических процессов. Как сказал один из исследователей механизмов психологической травмы: «Просто, когда что-то случается с нами, мы не переживаем все это сразу» [Brown, 1990].

Обращаясь к психологической травме, мы обычно говорим о **процессе переживания** ее. Мы не будем здесь рассматривать различные подходы к понятию переживания в отечественной психологии (см., например: *Рубинштейн*, 2000; *Бассин*, 1973; *Василюк*, 1984). Отметим лишь, что во всех этих подходах практически теряется определяющее свойство переживания — переживание всегда является переживанием события (в смысле происшествия, случая, по-английски — *event*). На наш взгляд, очень важно говорить о событийной организации человеческого мира. Мы говорим «человеческого», потому что события, являясь объективной реальностью, являются при этом событиями, вычленяемыми людьми. И при рассмотрении жизни человека как событийно организованной, мы можем вернуться к предложенному Л.С. Выготским пониманию переживания как единицы личности и среды: «Переживание ребенка и есть такая простейшая единица, относительно которой нельзя сказать, она собой представляет — средовое влияние на ребенка или особенность самого ребенка; переживание и есть единица личности и среды, как оно представлено в развитии. Так что в развитии единство средовых и личностных моментов совершается в ряде переживаний ребенка. Переживание надо понимать как внутреннее отношение ребенка как человека к тому или иному моменту действительности. Всякое переживание есть всегда переживание чего-нибудь. Нет переживания, которое не было бы переживанием чего-нибудь, как нет акта сознания, который бы не был актом сознания чего-нибудь. Но всякое переживание есть мое переживание» [*Выготский*, 2001, с. 203—204]. По мнению Выготского, «переживание имеет биосоциальную ориентировку, оно есть что-то, находящееся между личностью и средой, означающее отношение личности к среде» [*там же*, с. 204]. Мы бы сказали даже о **биопсихосоциальной** природе переживания. Именно в переживании биологическое, психологическое и социальное сливаются в единое целое. В переживании «дана, с одной стороны, среда в ее

отношении ко мне, в том, как я переживаю эту среду; с другой — сказываются особенности развития моей личности. В моем переживании сказывается то, в какой мере все мои свойства, как они сложились в ходе развития, участвуют здесь в определенную минуту» [там же].

Отсюда ясно, что, рассматривая процесс переживания травмы с первого до последнего момента, мы должны рассматривать биологические, психологические и социальные его аспекты в их взаимодействии. То есть, чтобы понять механизмы переживания, необходимо изучать закономерности движения сложной системы переживания события как целого, движение ее подсистем, а также всех подсистем и элементов, образующих ее целостность, качественную определенность и целенаправленность.

Для понимания механизмов травмы нам, видимо, следует начать с биологических, психологических и социальных особенностей человека, которые существовали к моменту травмы. Следует определить, какие особенности способствуют более эффективному прохождению процесса переживания травмы, а какие могут служить факторами риска возникновения и хронизации патологических реакций и состояний. Да, собственно говоря, именно эти предшествующие особенности и опыт во многом определяют, что именно будет воспринято как психологическая травма.

Далее нам следует рассмотреть особенности самой травмирующей ситуации и ее субъективного восприятия (что мы и попытались сделать в разделе «Виды травмирующих событий»), а затем процесс протекания переживания травмы по этапам с учетом как психологических проявлений, так и физиологических и биохимических механизмов реализации. Нельзя забывать, что стресс — это процесс и физиологический и психологический. Причем в этом процессе как психологическая составляющая переживания может вести, скажем, к биохимическим изменениям, так и биохимические изменения могут вызывать те или иные изменения в переживании психологическом. И все это, в свою очередь, будет сказываться на моем отношении к

окружающей среде (в том числе и в первую очередь — среде социальной) и на взаимодействии с ней.

Мы уже довольно подробно остановились на функционировании психофизиологической подсистемы переживания. Огромное значение в переживании имеют эмоции, часто даже переживание буквально отождествляется с эмоцией (или чувством), наиболее сильной или длительной в процессе переживания события. Однако надо отметить, что эмоциональную составляющую переживания нельзя считать однородной и постоянной. По сути дела, и здесь действует сложный динамический комплекс разных чувств и эмоций. В процессе переживания травмы помимо традиционно отмечаемых чувств страха, беспомощности, боли и горя (в особенности при утрате) могут присутствовать и тревога (иногда даже до события), и равнодушие (при наступлении апатии в случае длительного пребывания в травмирующей ситуации, иногда — как один из симптомов ПТСР), но могут наступать и эйфория, безудержное веселье, облегчение и т.д. При рассмотрении этапов развития переживания травмы важную роль играет динамика подсистемы установок (см.: *Асмолов, 1979*), при этом в процессе переживания травмы имеет смысл говорить не об иерархии установок, а о динамическом комплексе разноуровневых установок. Так, период ожидания главным образом характеризуется действием уже зафиксировавшихся у человека сенсорных установок на восприятие и ожидание опасности, что может приводить к готовности воспринимать событие как травмирующее и к развитию «травмы воображения». В остром периоде актуализируются установки, направленные на выживание, хотя первоначально еще могут проявляться смысловые установки, поддерживающие предыдущую деятельность, затем с уходом опасности еще продолжают действовать установки, отвечающие мотиву выживания и обстоятельствам события, которые уже изменились, постепенно же к концу этого периода при нормальном протекании процесса человек возвращается к нормальной деятельности. В ряде случаев же

изменения установок не происходит и продолжают действовать и смысловые, и операциональные установки, обеспечивавшие активность во время травмирующего события. При этом восстановления не происходит, и процесс принимает хроническую форму. Важнейшее место в процессе переживания травмирующего события занимает подсистема когнитивной переработки события. При событиях, вызывающих сильную эмоциональную реакцию, воздействие ситуации на человека не прекращается в момент прекращения действия стрессора вследствие работы нашей памяти. Сильные эмоциональные события вновь и вновь всплывают в памяти, они перерабатываются не сразу. Требуется время для перехода их в долговременную семантическую память. Они вновь и вновь переходят в «оперативную память», частично, говоря компьютерным языком, «загружая» ее. Чаще всего это яркие визуальные представления, которые как «спусковые крючки» вызывают те же эмоциональные и физиологические реакции, что и в момент события. В меньшей степени и реже первыми всплывают аудиальные образы. То есть даже кратковременный стрессор действует дольше, чем само событие. Кстати, воспоминания вызывают те же биохимические реакции, что и сами события. Обычно в течение первых двух недель воспоминания теряют свою частоту и яркость, и человек «выходит» из стресса, постепенно к концу месяца возвращаясь к нормальной жизни. Однако в ряде случаев происходит некий «сбой» в работе памяти, формируются доминанты, на психофизиологическом уровне происходит фиксация переживаний, и событие продолжает все так же часто и ярко всплывать, «загружая» оперативную память и мешая нормальному функционированию. По-видимому, под влиянием некоторых особенно сильных воздействий стрессора (часто связанных с сильными воздействиями на органы чувств) и/или восприятия или осознания события как особо угрожающего фиксируется установка на восприятие опасности, которая распространяется на действие памяти. И в памяти человека все время начинает всплывать это

событие. Травма переходит в следующий период развития — «подострый». Человек продолжает психологически и физиологически находиться в стрессовой ситуации.

Когда человек «благодаря» своей памяти может в любой момент снова оказаться в стрессовой ситуации, ему надо «выживать», а не осмысливать и оценивать ситуацию. Он как бы «застревает» в ней, будучи порой вынужден прибегать к психологическим защитам, психологически приспособляться к жизни в аномальных условиях, где большая часть сил, внимания, психологических ресурсов находится не «здесь-и-теперь» и направлена не на деятельность в настоящем для реализации желательного будущего, а находится «там-и-тогда» и направлена на выживание и избежание нежелательного, плохо предсказуемого хода событий. Если в это время помочь человеку избавиться от навязчивых образов, то состояние нормализуется. Если же этого не происходит, то начинается адаптация к травмирующей ситуации. Человек может мысленно в любой момент снова оказаться «там-и-тогда» — в ситуации, требующей всех его сил для выживания. То есть в реальности он уже не может действовать в полную силу. Часть его внимания и памяти — «там», он реагирует, как надо для выживания «там», а не здесь. Становится сложнее учиться, работать, общаться и т.д. Процесс переживания события не завершается.

Отметим, что реально невозможно выстроить некоторую временную последовательность действия подсистем, образующих переживание, так как они действуют одновременно, причем оказывая серьезное влияние друг на друга.

Исследуя факторы, способствующие более эффективному развитию переживания травмы или же ведущие к нарушениям нормального процесса жизнедеятельности и развития человека, следует и в момент травмы, и после нее также рассматривать биологические, психологические и социальные аспекты переживания.

6. Факторы, влияющие на последствия травмы

Прежде всего, рассмотрим предшествующие травмирующему событию биологические (психофизиологические), психологические и социальные факторы, которые могут повлиять на последующий процесс переживания травмы.

6.1. До события

Индивидуальные психофизиологические особенности могут приводить к более или менее успешному переживанию травмирующих ситуаций.

Некоторые исследования показывают роль межполушарной асимметрии в более успешном переживании длительных экстремальных ситуаций. «В необычных, экстремальных условиях среды преимущество получают лица с наименьшей специализацией полушарий мозга <амбидекстры и левши. — Л.Т.>» [Николаева, 2003, с. 87].

Большое значение играет физическая форма человека. «У спортсменов, особенно высококвалифицированных, границы гомеостаза в состоянии покоя, при тренировках и соревнованиях устанавливаются на ином, значительно более широком уровне, чем у лиц, не занимающихся систематически спортом» [Кассиль, 1978, с. 42].

Даже опытные спасатели могут по-разному вести себя в условиях чрезвычайной ситуации. Выделили две группы спасателей. Спасатели первой группы отличаются высокой эффективностью деятельности с первых же минут пребывания в экстремальных условиях. Они работают с полной отдачей, нередко используя нестандартные решения с просчитанным и оправданным риском для жизни. Но через

несколько дней у них резко снижаются функциональные резервы организма и способность прогнозирования реальной опасности. На конечном этапе спасательных работ эффективность их деятельности близка к нулю, а вероятность создания ими критических ситуаций, ведущих к гибели, резко возрастает. После непродолжительной очень эффективной работы в опасной зоне их следует отправлять на отдых. Вторая группа спасателей отличается меньшей эффективностью деятельности, но продолжительность их работы в экстремальных условиях существенно выше (до нескольких десятков дней). Такие различия связаны с индивидуальными особенностями регуляторных функций ЦНС [Варламов, Богданова, 1998].

Успешность действий в экстремальных условиях может быть связана со склонностью к риску, которая, в свою очередь, по-видимому, обусловлена психофизиологическими особенностями. Так, газодымозащитники, склонные к риску, действуют при тушении пожаров быстрее, стресс заметно улучшает их деятельность. Они склонны адаптироваться к действиям стресс-факторов, и показатели их психической напряженности (частота пульса, артериальное давление) по мере формирования динамического стереотипа все более приближаются к норме. Газодымозащитники, не склонные к риску, испытывают высокий уровень стресса как в обычных, так и в экстремальных условиях, у них более ярко выражено нервно-психическое напряжение, чем у лиц, обладающих стремлением к риску, а высокий уровень стресса у них отрицательно влияет на эффективность деятельности в экстремальных условиях. Стресс, заметно улучшая деятельность лиц, склонных к риску, не позволяет газодымозащитникам, не имеющим такого качества, повысить эффективность своей деятельности [Самонов].

К негативным факторам, повышающим развитие ПТСР после травмирующих событий, относят акцентуации характера, незрелость, астенические черты, гиперсенситивность, невротичность, интроецированность, зависимость,

склонность к наркотизации и асоциальному поведению, отягощенность психической патологией, предшествующие травме психические заболевания (и особенно нарушения поведения), наличие психических заболеваний в семье (особенно тревожных расстройств, депрессии и алкоголизма), генетические факторы [Томб, 2001; Фокин и др.].

У комбатантов к группе факторов риска добоевого периода жизни относится семейное положение [Фокин и др.]. У мужчин на уязвимость к ПТСР влиял также их возраст, в котором они пошли на войну (чем моложе, тем выше вероятность развития ПТСР) [King et al., 1999]. Указывают на негативную роль травмирующих детских переживаний (например, жестокого обращения с детьми [Wilson et al., 2000]), наличия в анамнезе предшествующей травмы (особенно если она была достаточно сильной или была похожа на текущую), низкого интеллекта, низкого образовательного уровня, ограниченной способности справляться с жизненными ситуациями, молодости, низкого социоэкономического статуса и ограниченной системы социальной поддержки [Томб, 2001, с. 24]. Принадлежность к более низким социальным классам, нестабильность и конфликты в семье, антисоциальное детское поведение также ухудшают прогноз [Daniel et al., 1999].

Обнаружено, что отдельные демографические показатели коррелируют с некоторыми сопутствующими симптомами ПТСР, что армейский чин связан с тревожностью, межличностной сенситивностью и соматизацией, а образование связано с депрессией, тревожностью, межличностной сенситивностью и стремлением уклониться. Благоприятствуют лучшему совладанию с травмой устойчивость и хорошее исполнение обязанностей до травмы — черты, несомненно связанные с армейской выслугой. Устойчивость является одной из черт, которые проверяют у солдат в израильской армии при определении их пригодности к офицерской службе. Интересно, что армейский чин не предохраняет от основных симптомов ПТСР, но несомненно предохраняет

няет от дальнейшего ухудшения психологического состояния [Amir et al., 1996].

Взрослые женщины более уязвимы для симптомов ПТСР, чем мужчины. Женщины больше страдают от симптомов ПТСР после катастроф, чаще связаны с хроническим ПТСР. Попадание в жертвы преступления чаще связано с негативными женскими характеристиками, девушки с пограничными расстройствами личности чаще страдают от ПТСР [Berton, Stabb, 1996].

Показателями уязвимости к ПТСР может являться такая особенность преморбида, как склонность к чрезмерному контролю, направленному на подавление нежелательной эмоции, а также склонность к виктимизации (тенденции оказываться в роли жертвы при аналогичных ситуациях) и черты травматофилии (удерживание травматического опыта) [King et al., 1999].

Исследователи обнаружили, что те, кто пережил травмирующий опыт в критические жизненные периоды, более уязвимы для плохой посттравматической адаптации [Silverstein, 1996].

На симптомы ПТСР могут воздействовать недавние тревожащие события, устойчивость (личный уровень контроля и обязательств перед собой), размеры социальной сети (число людей, которых знает человек), сложившейся до травмы [King et al., 1999]. Важно отметить, что и отсутствие похожего опыта в чрезвычайной ситуации может приводить к тому, что событие будет восприниматься как более стрессовое.

Отмечают важную роль в успешном преодолении негативных последствий переживания травматического стресса личностной активности субъекта, одной из важнейших характеристик которой является локус-контроль личности. Высокий уровень интернальности, отражающий активное отношение человека к окружающему миру, позволяет личности строить поведение на различных этапах своего жизненного пути, ориентируясь не столько на внешние

обстоятельства, сколько на собственные внутренние цели и намерения [Лазебная, а].

Особую роль в реакции на травмирующее событие играет мировоззрение. Так, исследования мини-теорий людей, еще не испытавших тяжких травм и несчастий, позволили выявить их сверхоптимистическое отношение к жизни. Они недооценивают вероятность стихийных бедствий, возможность попасть в катастрофу или стать жертвой преступления, студенты считают себя менее уязвимыми по отношению к опасным заболеваниям, чем «средний» человек. Каждый из них уверен, что он легче, чем другие, справится с будущими бедами. «Зная такую личностно-мировоззренческую “теорию” человека, можно представить себе, сколь разрушительным будет воздействие на него неожиданного тяжелого события. Не вписываясь в личностную “теорию”, негативное событие приводит к разрыву сложившихся систем значений в сознании, к разрушению субъективного жизненного мира» [Анциферова, 2001, с. 315].

Широко признано, что оценка выжившим травмирующего события является главной детерминантой приспособления, а осмысление — главная часть этого приспособления. Возможно, поэтому твердые идеологические взгляды благоприятствуют адаптации к травме в случае террористического акта, поскольку при этом случаи терроризма объясняют согласно жестким политическим доктринам [Amir et al., 1996].

Лазарус отметил четыре фактора внутри психологической структуры, влияющих на то, как человек справляется со стрессом: (1) паттерны мотивации, (2) ресурсы Эго, (3) защитные диспозиции и (4) общие убеждения, касающиеся окружающей среды и собственных ресурсов. Он указывал, что стресс не может быть определен исключительно ситуациями, поскольку способность в какой-либо ситуации продуцировать стрессовые реакции зависит от характеристик конкретного человека [Lazarus, 1966].

Не подлежит сомнению, что ранняя превенция нежелательного развития процесса переживания травмы пред-

почтительнее, нежели психотерапевтическое воздействие при сформировавшемся расстройстве. К основным задачам психологической подготовки людей, которым предстоит работать в экстремальных условиях, относятся: информирование об основных стресс-факторах наиболее вероятных экстремальных условий; обучение способам адаптивного поведения в экстремальных условиях, приемам произвольной саморегуляции психического состояния, алгоритмам конструктивного психологического взаимодействия и воздействия на окружающих. Для решения этих задач проводят рациональную психологическую подготовку (психотерапевтические беседы), тренинги психологической саморегуляции, тренинги группового психологического взаимодействия и занятия по изучению алгоритмов конструктивного психологического действия [Чернов].

Отмечают, что при подготовке бойцов полезны приемы самовнушения, мысленных представлений и тренировок. Но это не может подготовить к боевой обстановке «необстрелянных» солдат [Воробьев, 1991]. То есть профилактическая работа эффективнее, если у человека уже есть опыт пребывания в экстремальных ситуациях.

Для профилактики негативного травматизирующего влияния вооруженных ограблений для почтовых служащих была создана специальная программа, которая включала когнитивную подготовку (систематическое обучение с помощью лекций, выслушивание тех, кто пережил ограбление), четкие инструкции относительно того, что делать в ситуации ограбления; практические тренинги с моделированием ограбления [Herlofsen, 1992].

Таким образом, можно сделать вывод о необходимости, во-первых, отбора тех, кому предстоит работать в экстремальных условиях, с учетом психофизиологических, психологических, социальных характеристик, а также подготовка самых разных групп населения к возможности экстремальных ситуаций и поведению в них.

6.2. Во время события

Рассмотрим теперь различные действующие во время травмирующего события факторы, которые оказывают влияние на большую или меньшую эффективность процесса переживания травмы.

Мы уже отмечали роль длительности травмирующего события (чем дольше, тем хуже) и неоднократных травм, а также смерти близких людей, внезапности события (чем неожиданнее событие, тем выше стресс).

До сих пор нет согласия в том, насколько важны особенности стрессора и какие именно. Грин, Линди и Грейс подчеркнули, что хотя природа реакции на стрессовое событие является множественно детерминированной, первичными детерминантами индивидуальных различий являются природа и интенсивность внешнего события [Green, Lindy, Grace, 1985]. В общем, исследования показали, что тяжесть травмирующей ситуации связана с тяжестью симптома. Проблема заключается в операционализации интенсивности или природы стрессора [Helzer et al., 1987; Shore et al., 1986]. Важен тип стрессового события. Было показано, что подверженность стрессорам военной зоны сильнее, чем другие стрессоры, связана с тяжестью симптомов ПТСР [Rosenheck, Fontana, 1994]. Ветераны войны гораздо больше страдают от ПТСР, чем жертвы гражданского террора и пострадавшие от несчастных случаев на работе и дорожных происшествий. Анализ обнаружил, что этот эффект является функцией времени и со временем основные симптомы ПТСР и связанные с ним признаки усиливаются [Amir et al., 1996].

Длительность и интенсивность воздействия стрессора позитивно коррелирует с тяжестью ПТСР. Несколько обширных исследований израильских сил обороны [Belenky, Tyner, Sodet, 1983], американских военнопленных во Вьетнаме [Ursano, Boystun, Wheatley, 1981] и ветеранов войны во Вьетнаме [Buydens-Branchey, Noumair, Branchey, 1990] показали, что количественные аспекты стрессора находятся среди лучших предсказателей индивидуальных различий.

Другие исследователи [*Breslau, Davis, 1987*] утверждали, что не существует корреляции между интенсивностью стрессора и последующим результатом и что стресс является фактором риска во всей патологии. Урсано, хотя и поддерживает точку зрения, что лучший предсказатель ПТСР — степень силы и природа стрессора, подчеркивал, что тип стрессора совсем не обязательно эквивалентен тяжести стрессора [*Ursano, 1987*].

Более травмирующими являются ситуации, связанные с угрозой значимым ближним [*Wilson et al., 2000*]. Исследование беженцев-камбоджийцев показало, что переживание большего числа военных травм увеличивает риск как ПТСР, так и большой депрессии. Чем сильнее и дольше длится травма, тем сильнее симптомы ПТСР. Такие специфические травмы, как потеря близких членов семьи, создают повышенную уязвимость к ПТСР и большой депрессии [*Blair, 2000*].

Особенности травмирующего события могут быть связаны с типом нарушений, развивающихся потом. Так, у камбоджийцев потеря близких членов семьи при режиме «красных кхмеров» приводила к большему риску развития как ПТСР, так и большой депрессии [*там же*]. Шалев и др. отмечали, что у ветеранов Вьетнама, подвергавшихся пыткам и зверствам, увеличивался риск ПТСР, но не риск большой депрессии [*Shalev et al., 1998*].

Замечено, что клиническая картина ранних психопатологических последствий чрезвычайных ситуаций различается весьма существенно при трех разных видах: антропогенных, антропотехногенных и антропосоциогенных катастрофах, причем это различие непосредственно связано с представлением о роли человека в их генезе [*Луховский, 2000*]. Чем больше предполагаемая вина других людей, тем тяжелее травма. При дорожно-транспортных происшествиях наблюдалась ограниченная связь между обстоятельствами повреждения с уровнем ПТСР у детей и явная связь с уровнем ПТСР у родителей. Участие других транспортных средств явно связывалось с более высоким

уровнем ПТСР у детей и их родителей. Примечательно, что тяжесть физических повреждений не была связана с ПТСР у детей или у их родителей [*de Vries et al.*, 1999].

Военный стресс оказывает наибольшее воздействие на мужчин, послевоенный стресс — на женщин [*Daniel et al.*, 1999].

Пожалуй, для последствий события более важным являются не его характеристики, а особенности отношения к ним человека и его поведение во время экстремальной ситуации. «Чтобы стресс выполнял свою адаптивную функцию, человек под воздействием сильных раздражителей должен двигаться» [*Николаева*, 2003, с. 70].

Отмечено, что клиническая картина психопатологических последствий ЧС различается весьма существенно у двух разных контингентов людей, оказавшихся в очагах катастроф: пострадавших (тех, на кого несчастье обрушилось) и иных (в том числе добровольных) участников событий [*Луховский*, 2000, с. 31]. Для спасателей последствия травмы оказываются меньшими, чем для спасаемых.

В анализе воздействия межличностного насилия в детстве и юности было обнаружено, что субъективные аспекты травмы (прогнозируемая утрата жизни, самообвинения) могут быть более важными детерминантами психологического дистресса, чем объективные факторы (физические повреждения, насилие, использование оружия). Видимо, поэтому самоотчеты пострадавших от жестокости более сильно связаны с ПТСР, чем объективная статистика криминальных происшествий [*Berton, Stabb*, 1996]. Как отмечает Е.В. Николаева: «Большая часть негативных последствий стресса обусловлена реакцией человека» [2003, с. 70].

Очень интересно исследование, показавшее зависимость затрат жизненных сил сотрудников внутренних дел в психотравмирующих ситуациях от прерванной или незавершенной оперативной задачи (задержание преступника, единоборство, переговоры, бой, вид смерти и т.п.) в силу ее особой мотивационной напряженности, или так называемого «эффекта незавершенного действия» [*Мельников*].

Каплан выделил семь характеристик эффективного копинг-поведения (совладания с экстремальной ситуацией):

1. Активное исследование проблем реальности и поиск информации.
2. Свободное выражение как положительных, так и отрицательных ощущений и допущение фрустрации.
3. Активное обращение за помощью к другим.
4. Подразделение проблем на управляемые части и решение их по очереди.
5. Осведомленность об утомленности и склонности к дезорганизованности вместе с оценкой результатов и сохранением контроля во всех возможных областях действий.
6. Активное управление, когда возможно, чувствами и принятие неизбежного, когда этой возможности нет. Гибкость и готовность к изменениям.
7. Доверие к себе и другим, оптимизм [см.: *Moos, Tsu, 1976*].

Даже в тех случаях, когда человек, казалось бы, ничего не может поделать в экстремальных условиях, он может изменить свое отношение к ситуации, придать ей новый смысл. Так, во время первой чеченской войны Роза А., будучи вынуждена с тремя детьми выходить перед штурмом из Грозного, сообщила детям, что все происходит как в их любимых боевиках. И событие не стало для них травмирующим. В нацистских концлагерях «узники, которые считали, что смысл их жизни — показать возможность выживания в таких нечеловеческих условиях, и твердо верили в свое освобождение, легче переносили выпадавшие на их долю испытания. Они остались живы, здоровье их пострадало меньше, чем у заключенных, считавших бессмысленной и безнадежной свою жизнь в лагерях. Этот прием “позитивного истолкования” неприятного и морально тяжелого переживания все чаще используется в медицинской практике: людям, которые с трудом переносили пребывание в госпитале, врачи помогали переосмыслить

свою ситуацию как период отдыха, соблюдения диеты, время для размышлений» [Анцыферова, 2001, с. 321].

Пожалуй, наименее эффективная для решения проблем, но порой необходимая на какое-то время для выживания стратегия поведения человека в травмирующей ситуации — это отрицание ее. «Эти приемы неконструктивны в том смысле, что не устраняют трудную проблему, но все же они адаптивны, поскольку облегчают психологическое состояние больного. Своеобразие отрицания заключается в следующем: люди знают, что произошло нечто ужасное, но они не переживают острых негативных чувств и ведут себя так, как будто ничего не случилось» [там же, с. 323]. Такое отрицание может помочь избежать мгновенного разрушительного действия события, позволяя человеку переживать его постепенно. Но рано или поздно реальность все-таки придется принять.

Есть более успешные способы поведения в невыносимых условиях, способствующие выживанию, среди них — **уход**. Когда невозможно выйти из ситуации физически, человек может делать это мысленно. «Если заключенный обнаруживал, что он не может больше выносить реальность лагерной жизни, он находил в своей духовной жизни возможность выхода, которую трудно переоценить, — возможность ухода в духовную сферу, которую СС не в состоянии разрушить» [Франкл, 1990, с. 153].

Один из эффективных приемов более успешного совладания с травмирующей ситуацией — диссоциация, как бы взгляд на происходящее со стороны. По нашим наблюдениям, подобный прием часто оказывается характерным для людей, наиболее психологически благополучно переживших травмирующую ситуацию (например, некоторых заложников «Норд-Оста»). Об использовании такого приема в концлагере говорил и В. Франкл: «Я сам все время старался прибегать к средствам, позволявшим мне дистанцироваться от всего страдания, которое нас окружало. Я пытался объективировать его» [там же, с. 154]. Вот как он описывает такой опыт диссоциации: «Я представил себе,

что я стою на кафедре в большом, красивом, теплом и светлом конференц-зале, собираюсь выступить перед заинтересованными слушателями с докладом под названием “Психотерапия в концентрационном лагере” и рассказываю как раз о том, что я в данный момент переживаю. С помощью этого приема мне удалось как-то подняться над ситуацией, над настоящим и над страданиями и увидеть их так, как будто они уже в прошлом, а я сам, со всеми моими страданиями, представляю собой объект научно-психологического исследования, которое я же и принимаю» [Франкл, 1990, с. 154].

В некоторых случаях люди прибегают к смещению акцентов в ситуации, переключению внимания на какие-то возможные занятия, не связанные с травмирующим событием. Тем самым они не отрицали ситуации и не уходили от нее, но своими действиями очертили как бы маленький круг внимания внутри нее, где не было опасности. Так, группа молодых людей, оказавшись среди заложников террористов на Дубровке, стала играть в игру «Города». Переключив внимание, они сместили акцент на не травмирующее событие.

Еще один прием, к которому прибегают люди, также не решает реальной проблемы, но в ситуации, где человек сам не может ее решить, помогает ему избежать негативных последствий травмы. Это воображаемое решение проблемы. В фантазиях человек находит выход, спасается, выживает. К этому приему любят прибегать дети, но и для взрослых он полезен. Очень часто у человека «...как только создается ощущение, что он справился с ситуацией, или даже видимость овладения ею, последствия стресса нивелируются. Это свидетельствует о том, что и иллюзия владения стрессом может снять его негативные последствия» [Николаева, 2003, с. 70]. (Единственная опасность здесь — склонность к фантазиям о решении проблемы может иногда помешать попыткам предпринять реальные действия.)

Был выделен ряд стратегий совладания, характерных для тех, кто выжил в нацистских концлагерях:

1. Сосредоточенность на хорошем.
2. Выживание ради некоторой цели.
3. Психологическое устранение, включая интелектуализацию, веру в бессмертие, сосредоточенность на времени, юмор, «Musselmann» (непереводимая игра слов: «Muselman» — мусульманин, «Mussel» — раковина, то есть уход в себя как в раковину, а таких людей называли «мусульманами»).
4. Господство — над окружающей средой и своими установками.
5. Воля к жизни.
6. Надежда — активная и пассивная.
8. Групповая аффилиация.
9. Нуль-копинг: фатализм.
10. Антикопинг: капитуляция перед стрессом [Dimsdale, 1976].

«Если же люди, попав в безвыходную ситуацию, не хотят или не могут воспользоваться психологическими приемами самосохранения, они прибегают к самопоражающим стратегиям — наркомании, алкоголизму, суициду» [Анцыферова, 2001, с. 324].

Таким образом, можно сказать, что факторами, способствующими психологически более благополучному переживанию травмирующей ситуации, является большая активность человека (и физическая, и психологическая), принятие на себя большего контроля, использование приемов ухода, диссоциации, смещения акцентов, воображаемого решения проблемы.

6.3. После события

Среди факторов, действующих после травмы, прежде всего отмечают наличие социальной сети поддержки, которая облегчает восстановление, и различные новые стрессоры, усложняющие восстановление и реадaptацию.

Уровень общественной осведомленности и поддержка в случае травмы служат существенным позитивным фак-

тором, а их отсутствие зачастую оказывается фактором дополнительной уязвимости или стрессором, фактически вторичной травмой, которая может соединяться с воздействием первой травмы. Негативно на развитие травмы влияют факторы неустойчивости (например, недавняя иммиграция или статус беженца) и распад обычной системы поддержки (например, разрушение населенного пункта ураганом) [Wilson et al., 2000]. При обследовании камбоджийских беженцев обнаружили, что переживание большего числа стрессоров, связанных с переселением, увеличивает риск как ПТСР, так и большой депрессии, причем постмиграционные стрессоры, по-видимому, скорее являются «спусковым крючком», чем причиной симптомов ПТСР. Финансовый стресс увеличивает риск большой депрессии [Blair, 2000]. К группе факторов риска послебоевого периода у военнослужащих относятся изменение системы отношений, личностная значимость боевого опыта и способность к его ассимиляции, а также наличие социальной поддержки и трудности адаптации к мирной жизни [Фокин и др.].

В лагерях беженцев из Камбоджи нашли, что у тех, кто мог жить в лагерях с близкими или дальними родственниками, уровень как ПТСР, так и большой депрессии был значительно ниже, что указывает на амортизирующий эффект семейной поддержки после периода тяжелой травмы. То есть семейная поддержка может защищать от развития ПТСР и большой депрессии [Blair, 2000].

Часто полное воздействие травмы ощущается, как только первоначальная общественная поддержка начинает уменьшаться. Этот период «крушения иллюзий» может характеризоваться негативизмом, ощущением себя «козлом отпущения», дезорганизацией, отказом от поддержки и осознанием в полном объеме травмы и потери [Wilson et al., 2000].

Очень важным является для военнослужащих период привыкания к мирной жизни, в который большую роль в развитии или неразвитии тяжелых последствий травмы

играют такие факторы, как возможность использовать в настоящей жизни приобретенный за время войны боевой и жизненный опыт, представления о будущей жизни, одиночество, самооценка своей зрелости и ответственности, проблемы со здоровьем, сложности в общении с окружающими, наличие острых переживаний в ситуациях несправедливости и пренебрежения по отношению к ветерану, несовпадение взглядов ветерана, сформировавшихся на войне, с распространенными принципами существования современного общества [Фокин и др.].

Отмечено, что развитие и настойчивое проявление определенных черт «симптома концентрационного лагеря» гораздо больше зависит от непосредственного более позднего послевоенного опыта выжившего, чем от органических факторов. Именно во время этого послевоенного периода основные сильные и слабые стороны личности оказывают влияние на способность выжившего справиться с тем, что несет ему судьба. Послевоенный опыт оказывает большое влияние на окончательную адаптацию человека, включая потерю близких членов семьи, родственников, дома, средств к существованию, разбитых завышенных надежд на послевоенную утопию, долгое истощающее пребывание в лагерях для перемещенных лиц, изменения в сторону понижения в социоэкономическом статусе, эмиграцию в страны с другим языком, темпом жизни, обычаями [Chodoff, 1976].

При наличии ПТСР время, прошедшее с момента травмы, значимо позитивно коррелирует с ядерными симптомами ПТСР и сопутствующими особенностями. То есть со временем тяжесть симптомов нарастает [Amir et al., 1996].

В качестве успешной переработки негативного опыта при изнасилованиях наблюдаются как элементы вытеснения (потерпевшие искренне «не помнят» деталей ситуации), так и (в значительно большей степени) активное отгораживание «девушки в той ситуации» от «себя как личности», когда происшедшее вспоминается так, «как будто было с кем-то другим». «Подобную реакцию можно считать примером здо-

рового переживания, “изоляции” неприятного опыта» [Васильева, 1994, с. 7]. Наш опыт работы с людьми, перенесшими различные травмирующие события, также показывает, что способность вспоминать о них диссоциированно, как бы со стороны, не погружаясь снова в ту ситуацию, свидетельствует об успешном переживании травмы.

Отмечают роль оказываемой специальной психологической и психиатрической помощи в развитии состояния после перенесенной травмы. Так, для уменьшения негативного травмирующего влияния вооруженных ограблений почтовых служащих после происшествия оказывалась психологическая поддержка: проводился дебрифинг, предоставлялась информация о том, какая еще может быть предложена помощь и поддержка [Herlofsen, 1992]. Указывают, что развитие у комбатантов необратимых личностных деформаций и затяжных стрессовых расстройств в значительной мере связано с недочетами в организации психиатрической помощи. Создание штатных отделов (групп) психического здоровья, призванных объединить усилия представителей трех дисциплин: психиатров, медицинских и военных психологов, могло бы обеспечить создание комплексной системы реальной психопрофилактики и реабилитации военнослужащих как в мирных условиях, так и в условиях боевой обстановки [Снедков и др., 1998].

Надо учитывать, что определенные социальные требования могут побуждать участников до некоторой степени преувеличивать реальную травму, и эта тенденция может изменяться со временем [Amir et al., 1996].

Важную роль в детерминации ответов на травматический стресс играют субъективный опыт и интерпретация событий [Berton, Stabb, 1996].

Важнейшим фактором восстановления после травмы является осмысление произошедшего и отыскание смысла жить дальше.

«Выработка более эффективной саморегуляции и социальная помощь будут способствовать уменьшению

травмирующего воздействия на человека трудной ситуации. Но лишь сам субъект в силах изменить свою индивидуальную “теорию”, сделать ее более реалистичной, переосмыслить выпавшее на его долю несчастье как неотъемлемую часть жизни, а не как незаслуженное наказание судьбы» [Анцыферова, 2001, с. 315].

Отметим, что в последнее время все более серьезным фактором, влияющим на процесс переживания травмы, являются средства массовой информации. Как мы уже указывали [Трубицына, 2002], на переживших травмирующее событие может влиять интерпретация травматичных событий в СМИ. Очень часто акцент делается на бессмысленности происходящего, на бессмысленности гибели близких, на отсутствии попыток помочь, на равнодушии окружающих, отсутствии поддержки. То есть средства массовой информации подчеркивают и усиливают ощущение беспомощности, бессилия и бессмысленности, тем самым усиливая травматичность происшедшего. Практически, СМИ часто применяют «приемы ухудшения последствий травмы». Более полезным бывает показ сопереживания, готовности помочь, поддержать, стремления на всех уровнях найти решение проблем. К сожалению, очень редко можно встретить в СМИ попытки найти в широком смысле позитивное значение происшедшего. Как ни странно, но даже гибель людей может рассматриваться не как бессмысленная, а как профессиональный подвиг или как возможность что-то изменить, спасти в будущем других и т.д. Еще одним важным моментом в действиях средств массовой информации, влияющим на переживание психологической травмы, является их ориентация на поиск причин происшедшего и виновных в этом. В определенном отношении это тупиковая ориентация, ориентация на прошлое, которое невозможно изменить. Поэтому вопросы типа «почему это произошло?» и «кто виноват?» часто усиливают чувство безысходности, вины или ненависти. Гораздо более позитивна ориентация на будущее и вопросы типа «как жить дальше?».

Таким образом, процесс переживания психологической травмы идет более эффективно при наличии социальной поддержки, поддержки семьи и другого социального окружения, развитии умения диссоциироваться, поддержании уровня социоэкономического статуса, возможности найти применение полученному опыту, адекватной психологической и психиатрической помощи, адекватных социальных требованиях. А также зависит от процесса интерпретации и осмысления происшедшего, отыскания смысла жить дальше, ориентации не на прошлое, а на будущее.

7. Особенности психотравмы у детей

Общая распространенность ПТСР у детей, переживших любые виды травмирующих событий, оценивается в 36% [Fletcher, 1996]. Распространенность ПТСР у детей-беженцев и переживших войну колеблется от 15 до 50%, а у детей, переживших физическое или сексуальное насилие, — от 20 до 43% [Fairbank et al., 1995]. Обследование 5000 школьников, проведенное ЮНИСЕФ и хорватским правительством, показало, что свыше трети детей-эмигрантов имели заметные стрессовые реакции с высоким риском психического заболевания [van der Kolk, 1987]. Уровень ПТСР у детей после дорожно-транспортных происшествий близок к уровню, обнаруживаемому у детей, подвергшихся жестокому обращению [de Vries et al., 1999]. В одном исследовании шотландских детей, пострадавших в дорожных происшествиях, измерялась распространенность посттравматических симптомов в течение 3—4 месяцев после происшествия. У 35% этих детей обнаружили симптомы средней и большой тяжести [Di Gallo et al., 1977]. Число случаев ПТСР у городской молодежи, пережившей травмирующие события, достигает 23,6%. Причем дети в возрасте 12—19 лет становятся жертвами криминального насилия с вероятностью в 2—3 раза большей, чем взрослые [Berton, Stabb, 1996]. Бессон с коллегами указали на 35-процентный уровень хронической, вновь появившейся существенной поведенческой дисфункции у детей, получивших относительно небольшие повреждения после травмирующих событий [Basson et al., 1991]. При использовании клиницистами тяжести физических повреждений как основания для обращения к психологическим службам есть опасность пропустить тех детей, у которых существует риск развития ПТСР после небольших травмирующих событий.

80% детей с диагностированными пограничными расстройствами подвергались травме, чаще всего — жестокому обращению или сексуальному насилию, или же были свидетелями таких травматических событий; 1/3 этих детей отвечает и критериям диагноза ПТСР [Weisæth, 1992].

Наиболее травматичными для детей являются ситуации, когда ребенок является свидетелем причинения вреда родственнику или близкому человеку. Детям, перенесшим такую травму, в большинстве случаев свойственно наличие всех симптомов ПТСР [Тарабрина, 2001].

Все эти данные говорят об огромной распространенности психологических травм среди детей и о том, что процесс переживания психологической травмы часто принимает у детей неблагоприятное течение. Важно отметить, что диагностика психологической травмы отличается от диагностики ее у взрослых, так как при работе с детьми, особенно младшего возраста, часто приходится ориентироваться на наблюдения за поведением детей и на слова их родных или воспитателей. При этом часто приходится сталкиваться с тем, что взрослые, с одной стороны, склонны относить те или иные проблемы, связанные с детьми, к последствиям перенесенной травмы (хотя они могли существовать и до травмы или быть вообще характерными для данного возраста), а, с другой стороны, могут не расценивать те или иные события как травмирующие ребенка и игнорировать некоторые нужды и переживания детей.

Хотя у детей встречаются те же нарушения, что и у взрослых, многие проявления травмы у детей имеют свою специфику. Под действием психологической травмы терпят крах три базовые иллюзии ребенка — иллюзия собственного бессмертия («Могут умереть все, кроме меня»), иллюзия справедливости («Каждый получает по заслугам») и иллюзия простоты устройства мира («В мире есть только черное и белое, добро и зло») [Черепанова, 1997]. Психологическая травма часто разрушает привычный мир ребенка, превращая его жизнь в хаос. «Ребенок, переживший хаос, теряет доверие» [Baily, 1995].

У детей повторные переживания часто возникают в виде игр [Мурен-Симеони, 1993]. Детей часто преследуют повторяющиеся кошмары; им присущи игры, имитирующие травматические события. Эти игры, называемые детьми «нестешными», иногда появляются снова, спустя долгое время после травмирующего события, и являются особенно заразительными в детских группах [Baily, 1995].

По-разному проявляется у детей избегание: некоторые робко и с удовольствием рассказывают о событии, другие отказываются вспоминать о нем, кое у кого встречаются искажения хронологии, порой дети верят в «предчувствия», «дурные предзнаменования». Как правило, по сравнению со взрослыми у детей нет притупления реакций, нет аффективной анестезии, но также встречается чувство ограничения будущего [Мурен-Симеони, 1993]. У детей есть тенденция вспоминать о происшедшем в состоянии малой активности: в классе при снижении внимания, перед сном, при просмотре телевизора или когда они находятся одни. В отличие от взрослых, их мысли редко прерываются внезапным появлением картин. Дети сверхбдительны, они предвидят любой знак опасности, особенно через реакцию своих родителей. Нередки случаи вздрагивания при малейшем шуме [Baily, 1995].

Существуют когнитивные особенности, которые не относятся к диагностике ПТСР, но отмечены при исследовании перенесших травму детей: смущение, трудности в учебных занятиях, неспособность к обучению, низкий IQ, задержка в развитии, бедный язык и коммуникативные навыки. Большинство исследователей соглашаются с тем, что дети реагируют на стресс после травмы одним из двух способов: повышенной ответственностью с немодулированной тревожностью и гиперреактивностью или повышенной ответственностью и отходом [Armsworth, Holaday, 1993].

Для того чтобы развилось ПТСР у детей, важен характер травмы. Вероятнее развитие ПТСР в тех случаях, когда событие было жестоким, приведшим к физическому по-

вреждению у ребенка, или когда ребенок видел ранение или смерть близкого человека [Lipovsky, 1991].

При обследовании девочек-подростков 11—16 лет, переживших сексуальную агрессию, чаще всего наблюдалась фиксация на переживаниях — мысли о событии, сны, повышенная тревожность, эмоциональная неустойчивость, склонность к психопатическим поведенческим реакциям, ухудшение отношений в семье, снижение социальных контактов, замкнутость, страх и зависимость от преступника, разочарование в людях, «крах идеалов» [Васильева, 1994].

В нескольких исследованиях отмечено, что у подвергавшихся насилию детей больше случаев психической задержки и значительно ниже IQ, чем у детей, не подвергавшихся насилию. Многие травмированные дети оказываются среди неспособных к обучению и имеющих плохие учебные оценки; у них отмечают трудности сосредоточения [Armsworth, Holaday, 1993].

Для детей, проживающих в палаточных лагерях для беженцев, «характерны подавленность, апатия, чувство незащищенности, фобические состояния, трудности в общении, беспокойный сон, потеря аппетита, безразличие, отсутствие умения играть в совместные игры, направленность на себя, слабое развитие речи, ограниченность знаний об окружающем мире (представления детей ограничены знаниями только о жизни в палаточном лагере), ограничение действий ребенка с игрушкой» [Булгучева, 2001, с. 105].

После того, как торнадо разрушил кинотеатр, у детей обнаружили подавление воспоминаний о катастрофе. У травмированных мальчиков наблюдались защиты по типу идентификации с агрессором, у обследованных девочек формировались безнадежность, беспомощность и идентификация себя с жертвами. Множественное расстройство личности у детей рассматривают иногда как результат жестокого и повторяющегося физического и социального насилия [Armsworth, Holaday, 1993].

«Основными проявлениями реакции на соматическое заболевание являются: регрессивное поведение (которое в значительной степени затрудняет лечение) и социальная изоляция (связанная с пропусками занятий и тем, что часто здоровые дети избегают больных сверстников). Дополнительным травмирующим фактором при серьезном соматическом заболевании может являться госпитализация» [Тарабрина, 2001, с. 63].

Маубрей считала осознание стадии когнитивного развития ребенка сердцевиной понимания того, как у него создается чувство травматического переживания. Она уверена, что концепция эгоцентризма Пиаже, когда ребенок рассматривает мир в своей перспективе, оказывает главное влияние на толкование ребенком причин событий. Таким образом, вероятно, что дети винят себя в том, что стали жертвами, а события, вызвавшие дистресс, могут оставить их в страхе повторения этих событий. Дети и взрослые используют различные защитные функции, чтобы избежать воспоминаний о травмирующем событии, или достичь контроля над событием, или преодолеть его [Mowbray, 1988].

В целом в качестве последствий психологической травмы у детей отмечают:

в аффективной области — лабильность аффекта, включая тревожность, панику и раздражительность; страх, включая избыточное беспокойство, обобщенные фобии и страхи повторной травмы; напряженность; суженные эмоции; невозможность выражения или страх выражения чувств; дистресс от напоминания об объектах, ситуациях или людях; травматические сновидения; избегание доставляющей удовольствие деятельности; эмоциональное переживание события заново, а также депрессию; избыточную плаксивость; грусть; отход; чувство беспомощности, безнадежности и бессилия; фаталистический взгляд; вину и стыд, чувство ответственности за произошедшее событие; разрушенные Я-концепцию или образ «Я»; веру в предзнаменования, предшествовавшие событию;

в поведенческой области — посттравматическую игру; регрессивное поведение; потерю ранее приобретенных умений (учебных и социальных); повторяемое представление события; пересказывание события без волнения; плохую концентрацию, невнимательность, гиперактивность и импульсивность; невнимание к последовательности действий; изменение поведения для того, чтобы избежать действий, людей, ситуаций или объектов, которые напоминают о событии; избегание тех или иных видов поведения, проистекающее из чувства одиночества, отчужденности, невключенности или отличности, а также самооскорбления, саморазрушение, включая поведение с повышенным риском; попытки самоубийства; химическую зависимость; поведенческие паттерны, отражающие тревожность, или избегание, или зависимость; недостаточное или идущее на убыль социальное поведение, включая слабые социальные навыки, невозможность создать или поддержать отношения; неспособность понять социальные примеры и отказ от сравнений; агрессивное, воинственное или бунтарское поведение, включая несогласие, неуважение других, жестокость к животным; сексуальные проблемы (только у детей, подвергшихся сексуальному насилию), включая сексуальную озабоченность и сексуальные представления;

в соматической области отмечают низкую способность пережить стресс; реакцию вздрагивания на напоминающие стимулы, чередующиеся с оцепенением; нарушения сна; утомляемость, синдром неспособности расцвести или карликовость от насилия; скелетные, кожные, внутренние или неврологические повреждения или рубцы; соматические болезни; нечувствительность к боли и биохимические изменения мозга [*Armsworth, Holaday, 1993*].

Дети — не просто невинные жертвы. Они воюют в своем воображении, в них развивается жестокость. Например,

«красные кхмеры» делали детей воинами и сторожами в лагерях, заставляли детей убивать своих родителей [Baily, 1995]. Процесс переживания психологической травмы протекает по-разному у детей разного возраста. Для каждого возраста характерны свои биологические, психологические и социальные особенности протекания этого процесса.

7.1. Возрастные особенности реакции на травму

При рассмотрении возрастных особенностей протекания процесса переживания травмы следует обратиться к возрастной периодизации детского развития, к тому, что является определяющим для этого развития. На наш взгляд, периодизация детского развития Выготского—Эльконина может помочь разобраться в том, на что прежде всего следует обратить внимание при работе с детьми, пережившими психологическую травму. «Каждый возраст, или период, характеризуется следующими показателями: 1) *определенной социальной ситуацией развития* или той конкретной формой отношений, в которые вступает ребенок со взрослыми в данный период; 2) *основным или ведущим типом деятельности* (существует несколько различных типов деятельности, которые характеризуют определенные периоды детского развития); 3) *основными психическими новообразованиями* (в каждом периоде они существуют от отдельных психических процессов до свойств личности)» [Эльконин, 1989, с. 42].

Именно эти черты во многом определяют не только отличие реакций детей на травму, но и то, что именно может являться для детей наиболее травмирующим и что именно в процессе переживания травмы и восстановления после нее имеет наибольшее значение. «Социальная ситуация развития представляет собой исходный момент для всех динамических изменений, происходящих в развитии в течение данного периода. Она определяет целиком и полностью те формы и тот путь, следуя по которому

ребенок приобретает новые и новые свойства личности, черпая их из социальной действительности как из основного источника развития, тот путь, по которому социальное становится индивидуальным» [Выготский, 2001, с. 239].

Младенчество (0—1 год)

В полной мере мы не можем говорить о психологической травме у детей этого возраста. Пожалуй, таковой является потеря человека, обеспечивающего уход за ребенком (прежде всего матери), или отсутствие адекватного ухода. Это скорее не психологическая травма, а нарушение условий, необходимых для жизни ребенка. «Взрослый человек — центр всякой ситуации в младенческом возрасте. Естественно поэтому, что простая близость или удаление человека сразу означают для ребенка резкое и коренное изменение ситуации, в которой он находится. Если не побояться образного выражения, можно сказать, что простое приближение и удаление взрослого вооружает и разоружает активность ребенка. В отсутствие взрослого младенец попадает ситуацию беспомощности» [Выготский, 2001, с. 247].

Согласно Д.Б. Эльконину, ведущая деятельность ребенка в этом возрасте — непосредственно-эмоциональное общение со взрослыми. «Если оно своевременно не обеспечено, то все дальнейшее развитие ребенка идет медленно и ненормально» [Эльконин, 1989, с. 48].

Характерны следующие признаки реакции на травму у младенца: ребенок все время плачет или впадает в истерику (безудержно плачет и кричит); не проявляет интереса к происходящему вокруг либо пугается окружающих людей (причиной может быть недостаточность питания, дефицит внимания и ласки); плохо ест или спит; постоянно качает головой или раскачивается вперед-назад всем телом; не «гулит» и не «лепечет»; не реагирует на попытки войти с ним в контакт; возвращается к модусу поведения, характерному для более раннего возраста (например, перестает ходить, прекращает попытки говорить); может

наблюдаться запаздывание в развитии определенных реакций, таких как улыбка, сидение, ходьба и речь [Психическое здоровье беженцев, 1998].

Раннее детство (1—3 года)

Социальную ситуацию в этом возрасте отличает то, что хотя «ребенок и взрослый отделились, но деятельность их все еще совместная» [Эльконин, 1989, с. 48]. Ребенок живет с помощью взрослого, взрослый действует не за него, а совместно с ним. Ведущей становится предметно-манипулятивная деятельность. Основные новообразования: прежде всего — выделение своего «Я», речь, но также и ходьба, навыки обращения с предметами. И при травме страдают в первую очередь новообразования — либо задерживается их развитие, либо они исчезают.

В этом возрасте особую роль играет восприятие. В основном помнить себя человек начинает позднее — лет с трех. Так что говорить о ПТСР в этом возрасте еще рановато.

Так же, как и в предыдущем возрасте, могут отмечаться плач, монотонные движения, возрастной регресс (перестают говорить, ходить), запаздывание в развитии, нарушается сон, аппетит, дети могут бояться посторонних или избегать контактов с людьми.

Могут наблюдаться недифференцированные реакции страха, тревоги, двигательное возбуждение или заторможенность, вегетативные реакции, нарушения речи [Сукиасян, 1993].

Наиболее общими симптомами психологической травмы после сексуального насилия в этом возрасте являются страхи, спутанность чувств, в поведении отмечаются нарушения сна, потеря аппетита, агрессия, страх перед чужими людьми, сексуальные игры [Тарабрина, 2001].

Дошкольный возраст (3—6 лет)

В этом возрасте складывается совершенно новая социальная ситуация — отделение от взрослого, ребенок живет вместе со взрослыми, но уже ищет место в мире

взрослых. Ведущая деятельность — ролевая игра, в которой ребенок осваивает жизнь взрослых. Развивается произвольность, появляются первые элементы самооценки, самосознания. При этом мышление является эгоцентричным. Травмирующим для ребенка уже может быть все, что разрушает привычный мир, ограниченный теперь не только семьей ребенка, но и включающий некоторых сверстников и взрослых (например, воспитателей в детском саду). Травма может приводить к нарушению игровой деятельности — как к изменению содержания игр, так и вообще к тому, что дети перестают играть. Часто в экстремальных условиях возможностей для игр не так много, да и прерывается передача игр по правилам между детьми разных возрастов. Взрослым не до игр. Но надо помнить, что в этом возрасте возвращение к нормальной жизни — это восстановление игровой деятельности. Лишив ребенка игр, мы усложним для него в дальнейшем освоение мира человеческих отношений, мотивов, ролей и т.д.

В этом возрасте память играет огромную роль. Пожалуй, ни один взрослый не сравнится с дошкольниками по развитию произвольной механической памяти. Возможно, поэтому и сбои в работе памяти могут в этом возрасте уже вести к развитию ПТСР. Кстати, в этом возрасте, как и в более ранних, особую роль имеет отношение к событию взрослых, причем не только их собственная реакция, но и интерпретация ими события. Нередко можно найти за некоторыми страхами взрослых слова их родителей в детстве (например, о том, что собака может укусить, а в лифте ездить опасно — и т.д. и т.п.). Таким образом, слова родителей и других воспитателей порой могут делать травмирующими события нейтральные.

Для детей дошкольного возраста наиболее типичными последствиями травматических ситуаций являются регрессивное поведение (энурез, страх разлуки с родителями, страх перед незнакомыми людьми, утрата имевшихся навыков), раздражительность [Тарабрина, 2001]. Могут наблю-

даться тревожно-фобические реакции на фоне депрессии и соматовегетативных дисфункций [Сукиасян, 1993].

Симптомами психологической травмы после сексуального насилия у дошкольников могут быть тревога, боязливость, спутанность чувств, чувство вины, стыда, отвращения, беспомощности, ощущение испорченности; в поведении отмечаются регрессия, отстраненность, агрессия, сексуальные игры, мастурбация [Тарабрина, 2001].

В дошкольном возрасте могут отмечаться плач, страхи, самостимуляция, расстройства сна с кошмарными сновидениями, энурез, избыточная активность и агрессивность или же замкнутость и пассивность, нарушения общения. Ребенку трудно концентрировать внимание, трудно учиться. Часто можно столкнуться с нарушениями игры: дети не играют или играют в «несмешные» игры.

Уже начиная с трех лет у детей есть представления о смерти, но она еще не является для них необратимой. Дети могут знать, что кто-то умер, но пытаться узнать, когда он вернется.

Важно помнить еще об одной особенности детского мышления в этом возрасте — «буквализме», непонимании или плохом понимании переносного смысла выражений. Поэтому если ребенок слышит об умершем, что тот «ушел», он воспринимает это буквально.

Нужно помнить и о неумении устанавливать логические причинно-следственные связи и о так называемом «магическом» мышлении детей. В результате ребенок часто считает причиной случившегося, например, свое плохое поведение, что может вести к усилению чувства вины, изолированности ребенка и серьезным нарушениям в дальнейшем.

Младший школьный возраст (7—11 лет)

В младшем школьном возрасте социальная ситуация становится еще шире. У ребенка появляется свое место в мире взрослых, место, к которому уже с уважением и внима-

нием относятся взрослые — место ученика. Ведущей деятельностью становится деятельность учебная. И не случайно, что после перенесенной травмы часто в первую очередь заметны нарушения именно учебы.

Память и восприятие ребенка постепенно становятся все более опосредованными мыслительной деятельностью. Поэтому здесь особую роль приобретает интерпретация тех или иных событий уже самим ребенком. Но, как и у старших дошкольников, мы нередко можем встретить черты «магического» мышления, когда ребенок очень своеобразно объясняет произошедшее. И это может привести после травмирующего события к самым неожиданным для взрослых причинам страхов, чувству вины, появлению ритуалов и т.д. Иногда причину случившегося младшие школьники могут приписывать не только себе, но и кому-то еще или чьим-то дурным намерениям. Отсюда подчас возникают чувства неадекватной обиды и неприязни к каким-то людям.

У детей младшего школьного возраста на наличие проблем после перенесенной травмы указывают следующие признаки: ребенок постоянно плачет, дрожит или выглядит испуганным; погружен в самостимуляцию (постоянно раскачивается вперед-назад или качает головой); у него наблюдаются расстройства сна: кошмарные сновидения, бессонница или чрезмерная сонливость; бывает ночное недержание мочи; отмечаются нарушения аппетита; могут наблюдаться различные расстройства самочувствия без видимых причин (головная боль, головокружение, боль в позвоночнике, раздражение глаз, расстройства пищеварения); ребенок проявляет агрессивность или ведет себя очень шумно и грубо во время игры; очень замкнут, слишком спокоен и послушен, ничем не проявляет свои чувства и желания или же подавлен и безразличен; возвращается в определенных чертах поведения к более раннему возрасту (например, перестает контролировать мочевой пузырь); не может концентрировать внимание или запоминать усвоенное в школе; проявляет суетливость и неспособность

завершить начатое дело; раздражителен по отношению к окружающим, боится и недоверяет им; не может заниматься вместе с другими; все время думает о плохих вещах, которые, он уверен, случатся с ним в будущем [Психическое здоровье беженцев, 1998]. У детей старшего возраста появляются проблемы в учебе и общении. Им свойственны поведенческие нарушения от депрессии до агрессии [Тарабрина, 2001].

Для детей младшего школьного возраста после сексуального насилия характерны амбивалентные чувства по отношению к взрослым, сложности в определении семейных ролей, страх, чувство стыда, отвращения, испорченности, недоверия к миру; в поведении отмечаются отстраненность от людей, нарушения сна, аппетита, агрессивное поведение, ощущение «грязного тела», молчаливость либо неожиданная разговорчивость, сексуальные действия с другими детьми [Тарабрина, 2001].

У младших школьников встречаются стойкие психические расстройства (в 1,5 раза чаще, чем у дошкольников) в виде тревожно-фобических, депрессивных, истероподобных, вегетативно-сосудистых и других соматических нарушений [Сукиасян, 1993].

Младший подростковый возраст

Мир подростков расширяется неимоверно. Огромную роль в нем начинают играть сверстники. Ведущая деятельность — интимно-личностное общение, но, добавим, это — не просто общение один на один. Его специфика в том, что оно осуществляется в группе сверстников. Подросток осваивает отношения взрослого мира. Он уже в общем-то почти готов войти во взрослый мир. И некоторые экстремальные ситуации заставляют его это делать. Поэтому все нарушения, которые встречаются у взрослых, встречаются и у подростков.

У подростков можно отметить следующие особенности реакции на травму: самоизоляция от окружающих; неспособность вступать во взаимоотношения; чрезмерное

подражание окружающим; зависимость от чужого мнения и указаний; агрессивные поведение, отношения или поступки; возбужденность, суетливость или невозможность сосредоточиться на чем-либо одном; крайняя степень подавленности; отсутствие реакции на окружающее, достигающее до степени полной неподвижности (кататонии); капризность или частые колебания настроения и поведения от одной крайности к другой; функциональные расстройства самочувствия (например, частые головные боли, расстройства пищеварения, напряжение глаз), вызванные стрессом; расстройства сна; галлюцинации; ложные зрительные или слуховые образы; ненормальная (параноидная) недоверчивость; идеи угрозы со стороны окружающих; попытки самоубийства [Психическое здоровье беженцев, 1998].

Отмечаются также различные соматические жалобы, которые не подтверждаются результатами медицинских осмотров [Тарабрина, 2001].

Для младших подростков после сексуального насилия характерно то же, что и для детей младшего школьного возраста, а также депрессия, чувство потери ощущений; в поведении отмечаются изоляция, манипулирование другими детьми с целью получения сексуального удовлетворения, противоречивое поведение [там же].

В этом возрасте психические и психосоматические расстройства могут носить устойчивый характер.

Старший подростковый возраст

Для старшего подросткового возраста характерны все те же нарушения, что и для взрослых, только, пожалуй, в большей мере.

Подростковый возраст обычно считается периодом стрессов. Уязвимость для стрессов объясняют изменениями, связанными с ростом, такими как половая зрелость, пересмотр социальных ролей, когнитивное развитие, школьные изменения, переход к половой жизни и уроки отделения и индивидуализации [Berton, Stabb, 1996].

У подростков старше 15 лет встречаются депрессивные, астенические и тревожно-фобические расстройства [Сукиасян, 1993].

У старших подростков после сексуального насилия наблюдаются отвращение, стыд, вина, недоверие, амбивалентные чувства по отношению к взрослым, сексуальные нарушения, несформированность социальных ролей и своей роли в семье, чувство собственной ненужности; в поведении отмечаются попытки суицида, уходы из дома, агрессивное поведение, избегание телесной и эмоциональной интимности, непоследовательность и противоречивость поведения [Тарабрина, 2001].

7.2. Реакция детей на смерть близких

Особо следует сказать о реакции детей на смерть близких. Согласно Б. Дейтсу, «младенцы проявляют понимание утраты уже на первом году жизни» [Дейтс, 1999, с. 171]. «Лет до четырех дети испытывают грусть потери, но не понимают, что такое смерть. После года появляется страх отделения; если в семье кто-то умирает, дети боятся выходить из дома и стараются держаться возле родителей. Но смерть не кажется им постоянной. Скорее, это сон с последующим пробуждением. Некоторым кажется, что мертвый — это несколько менее живой; в этом их убеждает телевизор: сегодня человек “умер”, а завтра они снова видят его на экране — живого» [там же, с. 172]. «В возрасте от пяти до десяти лет дети уже понимают, что смерть — это навсегда» [там же, с. 173]. «Смерть получает социальную окраску и в том, что касается подростков, имеет первостепенную важность. Для ребенка 12—13 лет смерть родителя его пола чревата громадными проблемами в будущем, и правильно было бы пригласить к нему профессионального психиатра. У подростков постарше смерть вызывает философские вопросы о смысле жизни. В это время они чувствуют себя неподвластными смерти и жестокая реальность их травмирует. Если умирает сверстник, это подрыв-

вает у них чувство безопасности. Если же причина такой смерти — самоубийство, помощь профессионала совершенно необходима. После встречи со смертью подростки часто становятся угрюмыми, импульсивными, склонными к неоправданному риску» [Дейтс, 1999, с. 174—175]. Очень много факторов определяют реакцию ребенка на смерть родного брата или сестры: природа смерти; возраст и характерные черты умершего ребенка; реальная вовлеченность ребенка в смерть брата или сестры; связь ребенка с обстоятельствами, предшествовавшими смерти сиблинга; непосредственное воздействие смерти на родителей; умение родителей справиться с первыми реакциями выжившего ребенка; реакции общества; воздействие смерти на структуру семьи; доступность для ребенка и родителей различных «заместителей»; сильные совместно действующие стрессы у ребенка и его семьи; уровень развития выжившего ребенка к моменту смерти, включая не только психосексуальное развитие, но и Эго-развитие с особым вниманием к когнитивной способности понять смерть. Очевидно, что воздействия на ребенка не статичны и подвержены постоянным трансформациям и эволюции [Cain et al., 1976, p. 97].

Специалисты должны доводить до сознания общества, что:

1. Маленький ребенок осознает смерть и реагирует на нее.
2. Полезно позволить ребенку узнать о смерти, разделить воспоминания, высказывать и разделять чувства, вызванные реакцией на смерть значимого человека, со взрослыми.
3. Когда ребенок получает адекватную подготовку, разделяемый опыт участия в обрядах и посещения кладбища содействуют постижению смерти и облегчают нормальный процесс горя [Becker, Margolin, 1976].

7.3. Детский потенциал к восстановлению

Исследования показывают, что у детей есть потенциал для замечательно быстрой поправки и самолечения в от-

вет на психологическую травму, если предоставлена адекватная поддержка и консультирование. Есть надежда, что травмированным детям можно помочь вернуть нормальное детство, если их проблемы быстро распознаются и обеспечивается уход [Taylor, 1998]. Например, в 82—85% случаев был отмечен успешный опыт по усыновлению детей, взятых из семьи в возрасте 3,5 лет и отданных на усыновление в возрасте старше 5 лет [Kadushin, 1976].

Но для эффективного процесса переживания травмы важнее всего восстановление рутинной жизни, чтобы дети могли проходить нормальные этапы своего развития. Повседневная рутина разрушает хаос и придает миру стабильность. Важно дать детям возможность вернуться к той деятельности, которая в этом возрасте является ведущей.

В окружающей среде, характеризующейся страданиями, лишениями и жестокостью, развитию юношества наносится сильный ущерб. В условиях частых прогулов школы и компромиссного качества образования у подростков оказывается много времени, но мало возможностей для того, чтобы заняться приятной или полезной деятельностью. Им скучно, нечем (созидательным) занять свои мозги, что часто ведет к депрессивным симптомам и плохим умениям справляться с проблемами. Подверженные почти ежедневным актам несправедливости, жестокости и опасности, при преобладании негативных установок дети и подростки развиваются в отсутствии целей, что ведет к чувству безнадежности, беспомощности и деморализации [Joshi, 1998].

Для детей очень существенно быстро получить что-то нормальное в жизни. А самая нормальная часть жизни ребенка — время, проведенное в школе [Taylor, 1998].

Хотя геополитические и социальные условия могут быть полностью различными, основной целью вмешательства в психическое здоровье травмированных детей является нормализация среды, окружающей этих детей. Групповая активность с различными центрами внимания, арт-терапия, спортивная активность и, главное, возобновление

учебной деятельности и возвращение в школьную среду одинаково важны в любых регионах. Например, участие в спортивной деятельности стимулирует чувство принадлежности и лояльности, поддерживает кооперативный командный дух, дисциплину и порядок в мире, в других отношениях хаотичном, без правил и часто небезопасном [Joshi, 1998].

Конечно, помимо восстановления нормальной повседневной жизни, дети нуждаются в профессиональной помощи психологов и психиатров. Но любые взрослые, оказавшиеся рядом с такими детьми, могут помочь, если:

- Признают их чувства и поведение.
- Будут слушать, не осуждая.
- Понятными словами заверят детей в их безопасности.
- Убедят детей в том, что не обвиняют их.
- Выразят им свою любовь.
- Будут вести себя так, чтобы вызвать доверие.
- Будут отвечать на вопросы с предельной честностью.
- Помогут им осознать, что все образуется и они не всегда будут чувствовать себя так, как сейчас.
- При любых переменах постараются создать атмосферу стабильности [см.: Дейтс, 1999, с. 175—176].

8. Психологическая помощь при травме

8.1. Психологическая помощь на разных этапах развития травмы

Представление о психологической травме как процессе чрезвычайно важно при оказании психологической помощи. Необходимо понимать, какая помощь требуется, может быть эффективна на разных этапах развития травмы (начиная с острого периода реакции до самых отдаленных последствий), а, в идеале, и раньше — до и во время травмирующего события. Причем нужно учитывать возраст переживающих травму людей (взрослые это или дети разных возрастов), а также — вызвана ли травма кратковременным событием, длительным пребыванием в травмирующей ситуации или смертью близкого человека.

Необходимо также иметь в виду разные цели психологической помощи: 1) повышение эффективности действий человека во время и после травмы; 2) уменьшение неприятных и болезненных проявлений, вызванных травмирующим событием, скорейшее возвращение к нормальному «функционированию»; 3) профилактика развития нежелательных последствий травмирующего события.

До события

Банально говорить о том, что легче предотвратить болезнь, чем лечить ее. Хотя, как и любая банальность, эта далеко не всегда является истиной, однако профилактика является важнейшей частью помощи при травме.

Поэтому начнем мы с первичной профилактики — профилактики травмы до наступления травмирующего события. То есть с того, как избежать возникновения травмы.

В данном случае профилактика может иметь одну из двух целей (или сразу обе):

- отбор и подготовку людей для работы в ситуациях с высокой вероятностью потенциально травмирующих событий. (Здесь надо иметь в виду не только работу в так называемых «экстремальных ситуациях» или при «чрезвычайных событиях», но и те виды деятельности, при которых велика возможность вторичной травматизации — например, работу в детских домах, онкологических учреждениях и т.д. и т.п., — и так называемого «выгорания»);
- подготовку к возможному травмирующему событию для повышения эффективности действий во время и после события, а также для того, чтобы снизить травматичность его переживания.

Не будем рассматривать здесь вопросы отбора для работы в потенциально травматичной ситуации, напомним только, что при этом следует учитывать не только психологические, но и биологические, и социальные аспекты.

Вторая цель профилактики — подготовка к возможному травмирующему событию. Не подлежит сомнению, что ранняя превенция является более предпочтительным подходом, нежели психотерапевтическое воздействие при сформировавшемся расстройстве (как минимум — по соображениям финансовым и этическим).

Она должна планироваться с учетом факторов, снижающих или увеличивающих риск при травме. Таким образом, основой подготовки к экстремальным, потенциально травмирующим событиям в самых разных областях человеческой деятельности является проведение занятий с предоставлением информации о возможных событиях, возможных реакциях в травмирующей ситуации, о том, как себя вести в этих ситуациях и после них, а также тренингов с отработкой навыков поведения в экстремальной ситуации и обучением методам саморегуляции в стрессовых ситуациях [Воробьев, 1991; Чернов; Herlofsen, 1992]. Конечно, нельзя предугадать все чрезвычайные ситуации (на то

они и чрезвычайные), но можно готовить к более вероятным и распространенным в данном месте. Существуют достаточно разработанные планы действия при тех или иных чрезвычайных ситуациях (например, при пожаре), а в школах введены курсы ОБЖ. Но даже если в учреждении с этими планами знакомят сотрудников (что бывает не часто), то никаких практических тренингов в учреждениях не проводят. Очевидно, что бессмысленно даже предлагать начинать проводить такие тренинги для взрослых. Однако столь же очевидна необходимость подобных практических тренинговых занятий с детьми (начиная даже не со школы, а с детского сада). Причем некоторые действия во время тренингов должны доводиться почти до автоматизма, а не ограничиваться разовым мероприятием (как часто бывает, проводимым после того, как стало известно о каком-то происшествии).

Много говорится, но мало делается и в плане обучения методам саморегуляции. Видимо, такое обучение следовало бы начинать как можно раньше (в младших классах или детских садах), хотя бы потому, что большинству взрослых, как правило, недостает времени, терпения и усердия для обучения вещам, не являющимся насущно необходимыми в данный момент.

Помимо этих трех аспектов подготовки — когнитивного, поведенческого и эмоционального — нужно помнить и о сети поддержки (и готовности при необходимости обращаться за ней). То есть реально нужно помогать развитию такой сети поддержки и подготовке людей к тому, как оказывать поддержку другим.

Особое значение такая подготовка может иметь, когда дело касается реакции на смерть близких. Трудно говорить о психологической подготовке к смерти близкого человека. Хотя считается, что тяжелее всего переживается внезапная, неожиданная смерть, однако в тех случаях, когда смерть не является неожиданностью, а наступает, например, после тяжелой болезни, часто можно говорить о том, что переживание горя начинается раньше, и трудно ска-

зать, что легче. И в данном случае мы не можем говорить о психологической работе до травмирующего события, так как субъективно оно уже произошло или происходит.

С другой стороны, для взрослых знакомство с этапами и закономерностями переживания горя может в дальнейшем в какой-то мере помочь справиться с ним.

Во время события

О психологической помощи во время травматического события имеет смысл говорить, только если событие достаточно протяженное. По отношению к кратковременным событиям и переживанию смерти близких следует говорить о помощи после события.

Цель психологической помощи во время травмирующего события — облегчение переживания этой ситуации и профилактика негативных последствий развития психологической травмы.

Конечно, в идеале надо помочь человеку в экстремальной ситуации интерпретировать ее не как травмирующую, ужасную, унижительную, когда человек беспомощен, а как ситуацию, например, интересную, увлекательную, волнующую, сложную, с которой он, однако, в состоянии справиться, или как достаточно рутинную и т.д. и т.п., то есть способствовать такому субъективному восприятию ситуации, которое снизит ее травматичность. Быть может, это редко возможно по отношению ко взрослым, однако вполне реально во многих случаях работы с детьми.

Не так часто психологи оказываются в ситуации, когда могут оказывать профессиональную помощь непосредственно во время травмирующих событий. В большинстве случаев такую ситуацию можно рассматривать, скорее, как исключение, чем правило. Даже в тех случаях, когда психологи работают со специалистами (например, спасателями, комбатантами), это происходит не во время событий, а до и после них. Конечно, при работе с людьми, длительно находящимися в экстремальной ситуации, к задачам

психолога может относиться контроль их состояния и своевременный вывод из чрезвычайной ситуации для оказания помощи (в случае, например, появления симптомов БПТ, декомпенсации).

Мы не будем повторять здесь перечисленные в разделе о факторах риска психологические стратегии, помогавшие выжить даже в крайне травматичных условиях концлагеря.

Чаще всего психологам во время события приходится иметь дело с родственниками тех, кто оказался в чрезвычайной ситуации — тех, кого стараются спасти и чья судьба еще неизвестна (это может быть и после катастроф, и при взятии в заложники, и после аварий, пожаров, и просто при тяжелом заболевании, операции). И в этих случаях очень важно помнить о факторах риска. Как правило, «психологическая» поддержка, оказываемая этим людям, в лучшем случае сводится к обеспечению достаточно удобного места для ожидания, какого-то питания и по возможности свежей информации (которой всегда недостаточно). Однако мы помним, в лучшем положении оказываются те, кто может действовать. Поэтому, конечно, гораздо более эффективной могла бы оказаться программа действий, дающая возможность этим людям чувствовать себя активно помогающими, например, штабам, занимающимся спасательными работами, или, быть может, следует привлекать их к каким-то работам, не требующим особой квалификации (к обеспечению питанием, составлению списков и т.д.). Это помогло бы снизить травмирующие последствия события для тех, кто так же, а может и больше, страдает от психологической травмы, как и те, кого пытаются спасти. Напомним, что пассивное ожидание неизвестного результата дается людям тяжелее всего.

Конечно, психологическая помощь заключается и в оказании поддержки — выслушивании, просто присутствии рядом. Однако, быть может, полезнее во многих случаях является актуализация имеющейся сети поддержки — привлечении близких людей, готовых поддержать.

Очень важна достоверная информация и как можно более быстрое пресечение любых домыслов и слухов.

Нет смысла предлагать в это время какие-то специальные упражнения, техники — людям не до них. Однако при индивидуальной работе можно пользоваться любыми возможностями для временного «вывода» из ситуации, переключения внимания на что-то еще — это дает возможность хоть какого-то отдыха. В длительной травмирующей ситуации можно использовать и те стратегии, которые вообще-то считаются психологически непродуктивными, однако способствуют тому, чтобы человек «выдержал»: это уход в фантазии, в мечты.

В качестве психологической помощи людям, оказавшимся в экстремальной ситуации, могут быть рекомендованы любые действия, помогающие им чувствовать себя активными (хотя бы в фантазиях), помогающими другим (спасателями, а не просто спасаемыми). Полезна физическая активность (в ряде случаев могут пригодиться упражнения, предлагаемые в самолетах для преодоления негативных последствий длительной неподвижности). В целом, общение и деятельность (когда не возможны реальные, то в воображении) — то, что помогает выжить. Но нельзя забывать и о необходимости восстанавливать силы даже в самые тяжелые периоды, поэтому надо заботиться и о питании и отдыхе (по возможности, сне).

Напомним, что в стрессовой ситуации доминирование часто переходит к правому полушарию. Поэтому важное значение может играть невербальная эмоциональная поддержка — в первую очередь, тактильные контакты.

После события

Когда речь идет о психологической помощи после травмирующего события, следует прежде всего разобраться с некоторыми противоречиями в рассмотрении переживаний после травмы, с одной стороны, как нормальных, с другой — как патологических. О психологической травме принято говорить как о «нормальной реакции на ненор-

мальные обстоятельства», и одной из важнейших сторон психологической помощи является «нормализация» состояния клиента, заключающаяся в том, чтобы помочь ему осознать свои реакции как нормальные. С другой стороны, если мы будем относиться ко всем последствиям травмы как к норме, то зачем тогда говорить о психотерапии и психокоррекции? То есть такое предположение как бы предполагает, что помощь и не требуется.

Это противоречие уходит, если мы вернемся к аналогии травмы психологической с травмой соматической. Любой согласится, что «нормально», если после того, как человек оцарапался или обрезался, идет кровь, «нормально» появление синяка на месте ушиба. Однако с медицинской точки зрения и царапина, и синяк рассматриваются как патология — травма. Обычно люди не называют травму болезнью. Это — травма. Так же, видимо, стоит относиться и к психологической травме. Она является патологией именно в силу того, что является травмой, хотя такая реакция «нормальна» для человека. В то же время процесс заживления раны может идти нормально, а может сопровождаться какими-либо осложнениями. Так и в психологической травме нам, видимо, следует рассматривать нормальный процесс восстановления и возможные осложнения (по сути дела, мы это и сделали в разделе об этапах процесса травмы). При таком рассмотрении можно говорить о необходимости оказания психологической помощи при осложнениях и о возможности ее — при нормальном процессе восстановления.

Однако при оказании психологической помощи после психологической травмы нельзя забывать и о том, что травмирующее событие может вести и к другим последствиям и проблемам, с которыми нелегко справиться, — проблемам, связанным с жизнью в новых условиях.

Таким образом, в качестве основных целей психологической помощи после перенесенной психологической травмы мы можем рассматривать:

- 1) облегчение процесса восстановления после травмирующего события;
- 2) совладание с проблемами жизни в новых условиях.

В острый период

На ранних этапах переживания психологической травмы целью психологической помощи являются: 1) снижение негативных переживаний; 2) профилактика осложнений в процессе переживания психологической травмы — в частности, профилактика развития ПТСР и патологического горя, а также профилактика других отдаленных последствий травмирующего события.

Как правило, именно профилактику развития нежелательных последствий-осложнений обычно рассматривают в качестве основной цели работы на ранних этапах. Однако примерно 90% людей благополучно восстанавливаются после травмы, а большинство существующих подходов и техник психотерапии отнюдь не рассчитаны на работу в острый период реакции на травму и горе. Учитывая это, можно было бы сказать, что острый период процесса переживания травмы — период, когда профессиональная помощь психолога — не предмет первой необходимости. По-настоящему выделить людей, в процессе восстановления которых появились какие-то осложнения и которые реально нуждаются в помощи специалиста-психолога, мы можем только через месяц.

Вообще, с учетом этапов процесса переживания травмы и факторов риска, можно отметить некоторые основные моменты психологической помощи. На самых ранних этапах такая помощь может заключаться в выявлении людей с выраженными острыми аффективными реакциями и, по возможности, направлении их к психиатрам (так как эти люди в силу неадекватного восприятия реальности и поведения могут быть опасны для себя и окружающих). Мы знаем, что на первых этапах необходимо, прежде всего, обеспечить безопасность, физическое благополучие и поддержку близких людей (особенно важна семейная под-

держка). Поэтому полезнее может быть не работа психолога с людьми, только что пережившими экстремальную ситуацию, а обеспечение им возможности получить поддержку близких. Надо помнить о том, что помощь психолога на ранних этапах не является необходимой, а иногда и явно несвоевременна, особенно в первые часы (и даже в первый день). То есть наиболее полезен в это время психолог может быть, если откажется от своей профессиональной роли и будет выступать просто в качестве обычного человека, готового поддержать, слушая тех, кто хочет говорить, просто прикасаясь, поддерживая других.

Кстати, всегда при оказании помощи нужно думать о том, что важнее — лечение или возможность восстановить нормальную жизнь. Следует учитывать важность социальной поддержки и социальных связей, а также то, что общность переживаний ведет к созданию порой более значимых социальных связей (*community of fate*) и более эффективной социальной поддержки, чем связи родственные и прежде существовавшие социальные. Стремясь восстановить существовавшую ранее социальную сеть, важно не разрушить возникшую вновь, так как она может быть не менее, а даже более значимой [*Eastmond, Alinder, Ralphson, 1994*].

Конечно, при наличии такой возможности, особенно с учетом и первой цели, психологическая помощь может оказываться на достаточно ранних этапах — уже в первые дни.

Хотя мы считаем, что при психологической травме важнее всего психологическая, а не медикаментозная помощь, однако в ряде случаев может быть необходима и психиатрическая медикаментозная помощь.

Так, при острой реакции на стресс в МКБ-10 в качестве фармакотерапии рекомендуют:

- 1) бензодиазепиновые транквилизаторы (*симптоматическая коррекция расстройств*);
- 2) антидепрессанты с седативным действием: миансерин, тразодон (*предпочтительны малые дозы*);

- 3) антидепрессанты сбалансированного действия: тианептин, пирлиндол, пипофезин;
- 4) высокоактивные трициклические (кломипрамин, имипрамин, амитриптилин) и тетрациклические (мапротилин) антидепрессанты (*при тенденции затяжного течения и углубления депрессивных компонентов реакции на стресс*);
- 5) карбамазепин — 100–400 мг/сут;
- 6) нейролептики — тиоридазин, алимемазин, хлорпро-тиксен.

В целом, первая реакция может быть сочувствующей и должна поддерживать чувство безопасности. Опыт показывает, что очень немногим требуется немедленное лечение из-за серьезности расстройства их поведения. Человек может не желать или не быть готовым обсуждать происшедшее. Тем не менее некоторые указывают, что мягкий опрос помогает определить, требуется ли человеку немедленная психологическая помощь, какова степень травмированности, реакцию человека на травму и уровень риска развития хронического посттравматического расстройства. Такой опрос создаст базу для определения очередности оказания помощи пострадавшим и, если он проведен мягко, в удобном для человека темпе, поможет интегрировать процесс травмы. Однако необходимо принимать во внимание состояние травмированного человека, потребность «дозировать» избавление от повреждения, потенциально адаптивные цели диссоциации и амнезии и «травматическую мембрану», которая может развиваться в этом состоянии для того, чтобы защитить человека от непреодолимых повреждений.

В период катастроф обеспечение практической помощи, в конечном счете, может быть более полезным, чем специальная психологическая помощь. Предоставление точной информации и обеспечение встречи с друзьями и семьей важны для выздоровления и долгосрочной адаптации. Отделение детей от родителей в такое время может

иметь долгосрочные последствия, даже если кажется, что такое отделение осуществляется в интересах детей [Wilson *et al.*, 2000].

Специальные приемы и методы работы, традиционно используемые сейчас на ранних этапах переживания травмы, разрабатывались с целью профилактики ПТСР у специалистов, работающих в экстремальных условиях, однако их эффективность в этом отношении не доказана. При этом многие отмечают, что данные методы помогают переживанию травмы на ранних этапах и возвращению к нормальному функционированию.

При работе с людьми, получившими боевую психическую травму, эффективным оказалось создание подразделений для восстановления боеспособности этих людей. Оказалось нежелательным эвакуировать их далеко от зоны боевых действий, наоборот, выздоровление шло лучше, если не отрывалось полностью от боевой обстановки. При соответствующей помощи около половины лиц с боевой психической травмой восстанавливались в течение 48 часов [Воробьев, 1991].

При работе с почтовыми служащими, оказавшимися жертвами вооруженного ограбления, предлагалась следующая последовательность действий: сразу после ограбления — простая поддержка, главное — не оставлять одного в первую ночь. Затем — объяснение, далее — дебрифинг, предоставление информации о реакциях на стресс. Через неделю — встреча, через месяц — телефонный звонок, через 3 месяца — оценка состояния с помощью опросников (особенно в отношении развития ПТСР), через 6 месяцев — неформальный контакт, через год — повторная оценка состояния с помощью опросников [Herlofsen, 1992].

Разработаны и используются в зависимости от ситуации разные типы вмешательств в острый период. В частности, в военной психиатрии существует метод управления стрессовыми реакциями, использующий принципы близости, непосредственности и ожидания. Однако не ясно, является ли такое вмешательство лечением начальной ста-

дии расстройства или первичной профилактической стратегией. Исследования показали, что хотя подобное вмешательство эффективно для уменьшения непосредственного расстройства и возвращения солдат в бой, оно не эффективно для профилактики ПТСР. Вмешательства такого рода во время войны в Персидском заливе показали позитивные результаты при текущем учете, но в долгосрочном плане их эффекты еще предстоит выяснить. В настоящее время мнение о существенных долгосрочных благах для солдат от использования такого подхода встречает малую поддержку, поскольку многие все еще подвергаются большому риску развития хронического и тяжелого ПТСР.

Многие группы неотложной помощи и спасателей давно поняли ценность «пробуждения» после травмирующего эпизода с помощью проговаривания, эмоционального освобождения и «расслабления». Это может быть осуществлено в непринужденной социальной обстановке, включающей умеренное потребление алкоголя как средства снизить тревожность. Таким образом, до того как стали популярными, ритуализировались и стали широко использоваться специальные приемы постстрессовой помощи, те же самые функции могли выполнять неформальные социальные процессы [Wilson et al., 2000].

Однако теперь в работе со специалистами, действующими в экстремальных ситуациях, довольно широко применяются специальные методы психологической поддержки. Прежде всего, используются так называемые *дефьюзинг* и *дебрифинг*.

Дефьюзинг — работа с малыми группами, проводимая в течение первых часов после критического инцидента в целях диагностики, определения лиц, входящих в группу риска и смягчения основных проявлений острых реакций на кризис. По сути дела, в процессе дефьюзинга люди в неформальной, неструктурированной форме могут рассказать о том, что с ними происходило, высказать свои переживания.

Психологический *дебрифинг* — особо организованное обсуждение; оно используется в группах людей, совместно переживших стрессогенное или трагическое событие. Общая цель группового обсуждения — минимизация психологических страданий. Основные задачи дебрифинга — снизить индивидуальное и групповое напряжение; уменьшить ощущение уникальности и патологичности собственных реакций, то есть нормализовать состояние путем обсуждения чувств; поделиться друг с другом своими переживаниями; мобилизовать внутренние и внешние групповые ресурсы, усилить групповую поддержку, солидарность и понимание; подготовить участников к переживанию тех симптомов или реакций, которые могут возникнуть; определить средства дальнейшей помощи в случае необходимости [Черепанова, 1995].

В последнее время совместно с различными формами психологического дебрифинга развивается модель операционального дебрифинга, используемая в службах спасения и неотложной помощи. Принципы близости, немедленности и ожидания, используемые в военной психологии, были трансформированы Митчеллом [Mitchell, 1987] в модель дебрифинга критических стрессовых ситуаций (ДКСС) для сходных целей в организациях неотложной помощи. Это организации часто используются для того, чтобы помочь сотрудникам справиться с переживаниями и вернуться к своей работе. ДКСС широко используется и описывается в терминах специальных процессов и стадий. Первоначально Митчелл настаивал на том, что ДКСС должен использоваться в первые 24—72 часа, проводиться в специальной форме и ограничиваться одним специфическим вмешательством. Однако позже он расширил свой подход, осознав, что может потребоваться дополнительный дебрифинг и индивидуальное консультирование, поэтому временные ограничения должны быть более гибкими.

Митчеллом предложены следующие стадии: (1) введение, в ходе которого точно оговариваются конфиденциальность, процесс и предполагаемая польза; (2) фаза

фактов — членов группы просят описать их роли и задания в ходе инцидента и выяснить, что произошло с их точки зрения; (3) фаза воспоминания — участников просят вспомнить их первые мысли в ходе инцидента, ведущего к стрессу и личным последствиям; (4) фаза реакции — исследуется наихудшая часть переживаний, в результате чего люди осознают свои эмоциональные реакции и могут выразить свои ощущения; (5) фаза симптомов — респондентов просят описать свои симптомы когнитивного, физического, эмоционального и поведенческого дистресса от момента происшествия до времени дебрифинга; (6) фаза обучения — подчеркивается нормальность этих сигналов дистресса и дается информация об управлении ими и об общем состоянии здоровья; (7) фаза связи, завершающая встречу, на ней подводятся итоги и строятся планы. Предполагается, что дебрифинг ведут один или (лучше) два обученных специалиста в области психического здоровья, которым помогает группа персонала, ранее прошедшего ДКСС. Целью этого процесса является поддержка у людей нормальной реакции на ненормальное происшествие. Сессии длятся 1—3 часа.

Даннинг [*Dunning, 1988*] изучил стратегии вмешательства для работников неотложной помощи и определил три протокола дебрифинга: дидактический, психологический и терапевтический. Они не являются взаимоисключающими, но различаются целями и акцентами. Дидактический дебрифинг носит информационный характер: участников обучают тому, что такое стресс и как его распознать, а также техникам самоуправления. Психологический дебрифинг базируется на положении о том, что катарсис облегчает процесс лечения. Одной его версией является ДКСС Митчелла, другой — подход «континуума лечения» Бергмана и Куина [*Bergmann, Queen, 1988*]. Эта стратегия уделяет больше внимания умениям справляться со стрессом и когнитивной реструктуризации пережитого опыта и меньше — самораскрытию. Тренингу, группам поддержки и постоянному стресс-менеджменту Бергман и Куин

уделяют внимание в более общем контексте, а в недавней работе Митчелла также подчеркивается роль охватывающего и интегрирующего подхода: основывающиеся на психологии компоненты, включающие службы поддержки на месте происшествия; «разрядка» — более короткая (30—45 минут) и менее структурированная форма дебрифинга используемая, например, когда работники идут со смены; наблюдающее консультирование и другие службы.

Модель «множественного стрессового дебрифинга» [Armstrong, O'Callahan, Marmar, 1991], созданная после землетрясения в бухте Сан-Франциско для персонала неотложной помощи, является модификацией модели Митчелла. Непосредственно после землетрясения были определены стрессовые области: множественные контакты с получившими травмы, долгие часы и плохие условия работы, административные и организационные стрессоры, отсутствие дома, статус не имеющего опыта или волонтера, особые характеристики катастрофы и ситуации. Эта модель использовалась в группах менее чем из 20 человек и включала четыре стадии: (1) выявление событий, охватывающих все аспекты стрессора; (2) ощущения и реакции; (3) стратегии совладания; (4) окончание, включающее прощание и переход к домашним и служебным обязанностям. Обсуждая эту модель, Армстронг с соавторами связали ее с пятью другими моделями вмешательства: кризисного вмешательства, Национальной организации по дебрифингу содействия жертвам, дидактического дебрифинга, ДКСС и психологического дебрифинга.

Попытка систематизированной оценки ДКСС принята только недавно. Большинство представителей австралийской выборки из спасателей-мужчин, а также представителей служб социального обеспечения и госпиталей считают дебрифинг ценным; 60% опрошенных, у которых были «стрессовые симптомы», заявили об уменьшении этих симптомов после ДКСС и связали это с дебрифингом. Другие 34% опрошенных оценили дебрифинг как «полезный»,

поскольку он (1) облегчил обсуждение инцидента с другими; (2) поощрил обсуждение инцидента; (3) улучшил их понимание себя; (4) улучшил межведомственную сплоченность. Исследованиями, проведенными после пожара 1987 г. на вокзале Кинг Кросс в Лондоне, обнаружено, что последствия для тех пострадавших, которые обсуждали свои сложности с другими, были более благоприятными. Объединенные данные двух госпиталей, куда поступили пациенты после катастрофы на футбольном стадионе в Хиллсборо (1989 г.), показали, что 68% опрошенных сочли консультирование и сессии психологического дебрифинга полезными, хотя другие не нашли в них пользы [Wilson et al., 2000].

Дебрифинг, как правило, проводят не психологи, а специально подготовленные сотрудники тех же подразделений, для которых он проводится, и он не является процессом психотерапии.

Хотя дебрифинг разрабатывался для групп специалистов, работающих в кризисных ситуациях, и в основном для них и использовался (для полицейских, спасателей, пожарных и т.п.), вполне возможно проведение аналогичной процедуры и с обычными людьми, пережившими травматичную ситуацию.

Основные принципы и этапы дебрифинга можно использовать и в индивидуальной работе с клиентом, но в этом случае работа должна проводиться специалистом-психологом (психотерапевтом) и по сути превращается в психотерапевтическую, так как смысл такой работы смещается с групповой поддержки на проработку травматического опыта.

При организации групп нужно помнить, что не следует объединять людей, просто переживших травмирующую ситуацию, и тех, кто потерял в ней близкого человека. В подобной группе у человека, переживающего горе, в силу того, что для него за горем от утраты все остальные моменты травмирующей ситуации могут казаться малозначи-

тельными и неважными, усиливается чувство изолированности, ощущение, что его не понимают. Вообще, на ранних этапах проводить работу с горем в группах, по-видимому, все же не стоит, так как каждый еще слишком погружен в свое собственное состояние.

Сказанное выше в первую очередь относится ко взрослым. Помощь детям также заключается прежде всего в создании для них обстановки психологической поддержки и безопасности. Как и во время события, сразу после него лучше, чтобы дети оказывались с близкими, которые в состоянии позаботиться о них. Крайне важно чаще обнимать их, прикасаться к ним. Что касается подростков, то с ними уже вполне можно проводить процедуры, подобные дебрифингу.

При психологической помощи после длительного пребывания в травмирующей ситуации (недели, месяцы, годы) может быть полезно перед «возвращением» и встречей с близкими проводить некоторую психологическую подготовку. Она не только не ограничивается дебрифингом, но должна уделять особое внимание ожиданиям, а также страхам и проблемам, связанным с будущим. Подобные занятия необходимо проводить не только с возвращающимися из зоны боевых действий и из плена, но и, вероятно, перед освобождением из заключения. Это может быть цикл групповых занятий, но уже на раннем этапе могут проводиться индивидуальная психотерапия и психокоррекция. Так как период восстановления бывает достаточно длительным, на этих занятиях нужно оговорить и возможности дальнейшего получения психологической помощи.

При работе с горем в первые дни вряд ли можно говорить о серьезной психологической работе. «Несколько дней после похорон, когда разъехались родственники, вы пребываете в шоке. В это время хорошо бы иметь кого-то рядом. Это неподходящее время для принятия решений, которые отразятся на дальнейшей жизни» [Дейтс, 1999,

с. 60]. Наш опыт показывает, что на первой стадии острого горя полезно рассказывать человеку о том, что «в норме» могут переживать люди (чувства вины, злости, обиды, неверия и т.п.), тем самым давая ощущение, что другие через это прошли, значит, это возможно пережить, а также обозначать некоторые временные рамки горя, говоря: «Вам предстоит очень тяжелый год (или три года)». Это помогает бесконечное горе превратить в страдание, имеющее конец. В целом, конечно, лучше всего, если переживающий горе может получить поддержку от близких. Но и поддержка психолога, несколько отстраненного от ситуации горя, может принести пользу.

Особенно важна она бывает в ситуации, связанной с горем у детей и подростков. В этих случаях полезны даже заочные психологические консультации, так как процесс горя у детей имеет свои особенности, о которых взрослые часто не знают.

На ранних этапах горя практически не используются какие-то специальные приемы и техники. Основное — эмпатическое слушание, предоставление некоторой информации о том, что предстоит (об этапах горя), «нормализация» переживаний (включая чувство вины), а главное — подчеркивание конечности процесса горя и того, что горящий не всегда будет себя чувствовать так, как сейчас. Очень важно помогать человеку проходить через горе, не «застывая» на ранних этапах, показывать ему, что работа горя идет и ему удастся пережить это. При «патологическом» процессе переживания горя уже нужно специальное вмешательство.

Отметим, что если учитывать психофизиологические механизмы процесса психологической травмы, то уже на ранних этапах можно использовать специальные приемы, которые облегчат и ускорят процесс восстановления, станут эффективной профилактикой осложнений (в частности, развития ПТСР и фобий). Мы имеем в виду приемы работы с травмирующими образами, которые помогают человеку избавиться от навязчивых образов, погружающих

его в болезненные переживания. Работа может проводиться как в воображении, так и в некоторых случаях — по желанию клиента — с рисунками. Такие приемы мы активно используем при работе с ПТСР, но невербальный компонент делает их особенно ценными и на ранних этапах, способствуя избавлению от связанного со стрессом «сбоя» в работе памяти. (Об этих приемах подробнее будет рассказано при описании методов помощи на отдаленных этапах развития травмы.)

Людам, пережившим травмирующие ситуации (как кратковременные, так и длительные), и их близким полезно давать небольшие памятки с рекомендациями, а также с координатами мест, куда они могут обратиться за помощью.

Вот пример составленной нами подобной памятки, которая предлагалась выписывавшимся из больницы заложникам террористов на Дубровке и их близким:

Что нужно знать о психологической травме пострадавшим от террористических актов

В течение нескольких дней все мы с тревогой переживали за людей, оказавшихся в заложниках. Конечно, сейчас мы испытываем облегчение и радость за тех, для кого тяжелое испытание закончилось благополучно.

Бывшие заложники, выписывающиеся из больниц, их родственники и близкие испытывают облегчение, радость. Однако испытание для них еще не завершилось. И этим людям важно знать, чего им ожидать в дальнейшем. Эйфория и радость первых дней скоро пройдут, но предстоит еще тяжелый труд для того, чтобы вернуться к нормальной жизни без ущерба для физического и психического здоровья. Все они пережили в эти дни тяжелую психическую травму и должны знать, что с ними будет происходить дальше, что надо делать для того, чтобы быстрее и без потерь прийти в нормальное состояние. Поэтому мы обращаемся ко всем тем людям, кто пережил в эти дни психологическую травму. Это не только сами заложники. Это и их близкие, и отчасти те, кто в эти дни работал над их освобождением, находился в оцеплении (а также и некоторые из тех, кто

слишком уж пристально наблюдал за событиями и имеет порой чересчур богатое воображение).

В первые дни часть переживших психологическую травму может испытывать значительное облегчение и даже повышенное настроение. Однако уже через несколько дней (а в некоторых случаях почти сразу) начнется спад. Это совершенно нормально. Не надо пугаться.

Ваш организм и психика были вынуждены очень быстро как-то приспособиться к совершенно ненормальной ситуации. Вы переживали не только психологический, но и физиологический стресс. Заложники испытывали постоянное напряжение, страх, невозможность нормально удовлетворять элементарные естественные потребности (в пище, воде, движении, нормальном сне и даже испражнении), невозможность уединиться, необходимость даже интимные вещи совершать в диких условиях. Родные и близкие заложников также находились в постоянном страхе, напряжении, часто без сна и еды. Все, что вы переживали и делали в эти дни, было правильным и нормальным! Ваш организм и психика функционировали на пределе возможного. И вы справились.

Теперь же вы будете адаптироваться к обычной жизни значительно медленнее. Это происходит потому, что в какой-то мере организм и психика уже истощили часть ресурсов, да и приспособление к нормальной обстановке не требует такой быстроты.

Что же будет происходить?

Вы можете почувствовать нервный спад и усталость. Это нормальная реакция.

Могут возникать страхи (иногда даже панические чувства), вас могут навязчиво преследовать тяжелые неприятные воспоминания.

У кого-то может появиться желание уйти, спрятаться от этих воспоминаний, кто-то будет вновь и вновь погружаться в них, снова как наяву переживать эти события.

Может увеличиться раздражительность, возникать беспричинное раздражение и злость.

Могут появляться чувства растерянности, беспомощности, апатии, тоски, грусти.

Вам может быть трудно расслабиться, вы даже можете испытывать не только психологическое, но и чисто мышечное напряжение.

Ваше настроение может часто меняться без внешних причин. Легко могут появляться слезы.

Или наоборот, вы можете почувствовать эмоциональное оцепенение, ощущение отстраненности от других людей, чувство, что вас никто не сможет понять.

Вы можете испытывать чувства вины (так называемая «вина выжившего») или стыда за то, что с вами происходило, или за то, что вы делали или не делали.

Возможны нарушения сна: кошмары, трудности с засыпанием или избыточная сонливость, раннее просыпание с невозможностью снова заснуть.

Совершенно нормально и некоторое ухудшение физического самочувствия (желудочный дискомфорт, тошнота, головные боли, нарушения аппетита, обострение хронических заболеваний).

Могут навязчиво всплывать какие-то картины того, что происходило, слуховые образы, запахи.

Может появляться чувство, что с вами «что-то не так», что вы «не совсем нормальны», «сходите с ума». Не пугайтесь этого. Даже если кому-то из вас довелось пережить острые аффективные состояния, даже реактивные психозы (с бредом, потерей ориентации, галлюцинациями) — это нормально и отнюдь не означает, что в дальнейшем у вас будут какие-то психические заболевания.

Помните, все эти реакции могут происходить в норме у нормальных людей, переживших психологическую травму! Это не патология.

Как правило, уже через 10—12 дней ваше состояние начнет улучшаться. А через месяц-полтора оно должно прийти в норму. Нередко это происходит и без специальной помощи. Однако после таких масштабных и длительных экстремальных ситуаций бывает полезно, не стесняясь, обращаться к психологам-специалистам в области психологической травмы.

Но важны и ваши собственные действия и усилия для скорейшей реабилитации.

Есть несколько рекомендаций, которым вам стоит следовать:

1. **Рассказывайте.** Рассказывайте о том, что с вами происходило и происходит. Пользуйтесь любым шансом проговаривать свои переживания, а не только ход событий.
2. Постарайтесь найти кого-то среди близких, друзей (а иногда и наоборот — совершенно посторонних), кому вы можете рассказать о том, что вы чувствовали. **Постарайтесь рассказать о самых тяжелых моментах, о самых неприятных чувствах. Не стесняйтесь. Не стыдитесь.**
3. **Общайтесь с людьми.** Не избегайте их.
4. Прямо и открыто **говорите о своих желаниях** родным, близким, друзьям.
5. Когда у вас возникнет такое желание, давайте себе возможность побыть наедине с самим собой.
6. **Позаботьтесь о своем здоровье.** Если у вас есть какие-то хронические заболевания, обратитесь к врачу прямо сейчас, для того чтобы не допустить обострения. Посоветуйтесь с лечащим врачом: возможно, вам стоит уже сейчас пройти некоторые обследования (по крайней мере, если у вас были проблемы с сердцем — сделать ЭКГ). Если у вас были психические заболевания — проконсультируйтесь с психиатром.
7. Постарайтесь вернуться к тому **режиму дня, который был для вас привычен до событий.** Постарайтесь ложиться спать в привычное для вас время (даже если сон нарушился).
8. **Следите за своим питанием.** Старайтесь не переесть, но и не оставайтесь без еды длительное время, даже если аппетит отсутствует. Вам понадобятся силы. Ограничьте употребление кофе и курение. Постарайтесь избегать успокаивать себя с помощью алкоголя или таблеток (без назначения врача).
9. В течение ближайших 3—4 недель соблюдайте особую **осторожность за рулем**, на дорогах. Помните, у вас вполне могут быть значительные колебания внимания.
10. Временно **ограничьте просмотр новостей по телевизору**, так как большая часть информации может вызывать неприятные эмоциональные переживания о произошедшем и ухудшать состояние.
11. Если вы почувствуете, что состояние ухудшается, что вам сложно справиться со своими переживаниями, если вас будут преследовать навязчивые воспоминания, зрительные образы, звуки, запахи, **не стесняйтесь обра-**

тяться к психологам-специалистам в области психологии травмы.

В частности, мы всегда готовы оказать вам такую помощь у нас по адресу...

Если в течение месяца ваше состояние не улучшится или начнет ухудшаться, вам обязательно следует обратиться за помощью, чтобы эти состояния не приняли хронической формы.

Помимо бывших заложников, их близких, тех, кто находился рядом с местом событий по службе или просто потому, что живет там, в психологической помощи уже сейчас могут нуждаться те люди, кто ранее пережил ту или иную психологическую травму. События, связанные с захватом и освобождением заложников, непрерывно транслировавшиеся по телевидению, могли послужить тем стимулом, который актуализировал у них подобные переживания.

Особенно тяжело тем, кто потерял во время этих ужасных событий близких. Вряд ли эти люди сейчас станут читать или слушать данную информацию. Однако они как никто другой нуждаются и еще долгое время будут нуждаться в помощи. Поэтому сейчас можно обратиться к их знакомым, близким, друзьям.

Горе — это долгий и тяжелый процесс. Горе нельзя проспать, переждать. Его надо пережить. И здесь очень важна помощь тех, кто находится рядом с переживающим тяжелую утрату. В течение первых нескольких дней человек, потерявший близкого, находится в состоянии шока. В это время очень важно, чтобы с ним был кто-то рядом. Нет смысла утешать, успокаивать. Надо просто находиться рядом с этим человеком, слушать его, давать ему плакать (слезы действительно имеют целебный эффект). В течение первых дней иногда людям бывает настолько сложно обращать внимание на что-то еще, что им трудно соблюдать осторожность. При необходимости поездок желательно их сопровождать.

Однако и в последующий период, когда первый шок проходит, человек остается в очень тяжелом состоянии. Уже нет необходимости непрерывно находиться рядом с ним, у него может появляться желание побыть в одиночестве. Однако, если не можете вы сами, постарайтесь найти кого-

либо, кто готов быть всегда доступен для этого человека, кому он может позвонить даже ночью, если ему станет очень тоскливо.

Здесь нет возможности подробно рассказывать о помощи людям, переживающим горе. Напомним только, что горе при потере близкого человека переживается, проходя через ряд этапов, не менее года. А при потере кого-то самого близкого нормальный процесс переживания горя продолжается около трех лет, но самый тяжелый — первый год. Так что не торопите горюющих. Они обязательно справятся, только не так быстро, как хотелось бы.

При необходимости мы также оказываем помощь во всех этих случаях.

Еще раз напоминаем наш адрес...

На отдаленных этапах (подостром и хроническом)

Целями психологической помощи на отдаленных этапах являются: 1) при осложнениях — возвращение к нормальному процессу переживания травмы и горя; 2) психологическая коррекция возникших в процессе переживания травмы посттравматических расстройств (ПТСР, фобий, реактивной депрессии, психосоматических нарушений, потери смысла жизни и т.д.); 3) совладание с проблемами, связанными с новой ситуацией, сложившейся после травмирующего события (социальной, психологической, экономической и т.д.).

Прежде всего встает вопрос о диагностике наличия тех или иных посттравматических нарушений. Существует целый ряд психологических тестов, направленных на диагностику выраженности симптомов ПТСР [см.: *Тарабрина*, 2001]. Однако хотелось бы подчеркнуть ограниченную ценность тестирования. Тестирование незаменимо при массовых обследованиях, но в индивидуальной работе гораздо полезнее для диагностики обыкновенная клиническая беседа. Увлечение тестами приводит порой к тому, что психологи больше доверяют результатам тестирования, чем гораздо более полной информации, получаемой из беседы с клиентом. В случае психологической травмы, с одной

стороны, клиент при стандартном опросе довольно легко может прибегнуть к диссимуляции результата, боясь, что его сочтут «ненормальным» (довольно частые страхи при посттравматических расстройствах), или к аггравации (стремясь подчеркнуть, что нуждается в помощи). Ограничения применения тестов в психотерапии связаны и с тем, что они могут нарушать эмпатический контакт с клиентом [Перес Ловелле, 2001], и с тем, что само запоянение теста иногда может спровоцировать значительное ухудшение состояния клиента, поэтому всегда нужно иметь в виду, что вслед за тестированием сразу же может понадобиться проведение сеанса психотерапии.

Психологическая работа в тех случаях, когда процесс переживания психологической травмы затягивается и имеет самые разные осложнения и дополнительные проблемы, не может ограничиваться каким-то отдельным психотерапевтическим подходом. Навязчивые воспоминания, потеря смысла жизни, нарушения сна, одиночество или трудности с поиском жилья, работы — вот лишь некоторые проблемы, с которыми приходится иметь дело. Если мы ограничимся только медико-психологическими аспектами, это может не соответствовать наиболее актуальным в данный момент проблемам клиента. Вряд ли медикаментозное лечение депрессии или гештальттерапевтическая работа с чувствами будут очень эффективны, если депрессия вызвана отсутствием работы и средств к существованию. В таком случае полезнее был бы тренинг решения проблем. Все это говорит о том, что психологическая помощь людям, пережившим психологическую травму, требует работы на стыке разных психологических специализаций (социальной, возрастной, клинической психологии и даже менеджмента) и разных подходов. Эффективная работа с психологической травмой требует от психолога быть эклектиком в своих практических действиях. Исходя из проблем клиента и собственного опыта психолог выстраивает план работы с клиентом. Например, имевший огромный опыт работы с психологической травмой в разных странах, Рейнальдо

Перес Ловелле считал: «Для легких случаев посттравматического стресса с большим успехом можно применить психотерапию, *центрированную в клиенте* в индивидуальном или групповом методе. Когда речь идет о невротическом или психопатическом развитии личности на фоне посттравматического стресса, приходится прибегать к поведенческим методам и иногда к некоторым элементам психоанализа» [Перес Ловелле, 2001, с. 40].

Во многих странах, напротив, идут по пути очень узкой специализации. В таком случае программы помощи пережившим травму могут включать, например, индивидуальное консультирование, психотерапию группового процесса, структурированный тренинг человеческих отношений, образование и консультирование в сфере злоупотребления различными веществами, семейную терапию, профессиональное консультирование, арт-терапию, восстановительную психотерапию, медицинское обслуживание [Forman, Havas, 1990], и все это осуществляется разными специалистами. Но тем самым уникальная личность с ее переживаниями как бы дробится на множество «аспектов», которыми занимаются разные специалисты. Это порождает ряд серьезных проблем. Во-первых, готов ли клиент устанавливать доверительные отношения с каждым из этих специалистов? И реально ли это вообще? Не превращается ли тем самым серьезная психологическая работа в набор «процедур»? Во-вторых, как специалистам разграничивать свои «зоны влияния», особенно если клиент на сеансе «выходит за их границы»? Мы считаем, что такая чрезмерная специализация, по крайней мере, на сегодняшний день, не является наилучшим методом работы с клиентом.

Интересно, что при работе с психологической травмой на разных этапах часто используются самые разные подходы и они действительно приносят определенную пользу. Вообще, почти любая психологическая помощь после травмы может давать позитивный эффект уже в силу того, что она оказывается. Терапевтично уже само обращение кли-

ента за помощью и общение и поддержка, которые предоставляет любой психолог. Важно и то, что при обращении к психологу или психотерапевту пропадает «необходимость» в соматизации расстройства для получения помощи или признается вторичность этих соматических расстройств. Хотя все не так просто. Рассмотрение биохимических механизмов травмы показывает, что если событие воспринято как экстремальное или в нем присутствуют физические стрессоры, то возникновение соматических последствий травмы — такая же часть процесса переживания травмы, как и психологические последствия (триаду Селье никто не отменял!).

8.2. Методы помощи на отдаленных этапах развития психологической травмы

Прежде чем приступить к более конкретному обсуждению методов помощи на отдаленных этапах развития психологической травмы, следует сказать несколько слов и о роли фармакотерапии.

Фармакотерапия

Надо отметить ограниченную ценность медикаментозного лечения при психологической травме, так как никакие лекарства не могут помочь, например, переосмыслить событие. Причем некоторые пациенты реагируют на назначение лекарств определенным образом, начиная рассматривать свое расстройство только как «биохимический дисбаланс», который не требует дальнейшей психотерапии и за который они ответственности не несут [Southwick, Yehuda, 1993]. Тем самым фармакотерапия может давать негативный эффект, служа помехой к тому, чтобы человек мобилизовал собственные ресурсы для восстановления. Заметим, кстати, что для многих людей назначение лекарств служит доказательством их «болезни» и ведет к перекладыванию ответственности за свое благополучие на врачей. Но в некоторых случаях, когда в процессе психо-

терапии интенсификация симптомов приводит даже к отказу пациента от психотерапии, фармакотерапия может быть незаменима. Добавление медикаментозного лечения для облегчения некоторых навязчивых симптомов и помощи в лечении расстройства сна может дать возможность пациентам продолжить продвижение по травматическим воспоминаниям в ходе критических фаз психотерапевтического лечения [Southwick, Yehuda, 1993].

Мы думаем, что хорошо подобранная фармакотерапия, учитывающая биохимические механизмы процесса травмы, могла бы, вероятно, быть гораздо более эффективной, чем она является на сегодняшний день.

В МКБ-10 указывается, что основу фармакотерапии связанных со стрессом расстройств должны составлять антидепрессанты и анксиолитики, а также нормотимические и вегетостабилизирующие средства. Причем нередко оказывается достаточной для достижения терапевтического эффекта шадящая терапия с применением относительно небольших либо даже очень малых доз антидепрессантов, анксиолитиков, нормотимиков. Однако в большинстве случаев требуется продолжительный лечебный процесс (по крайней мере, месяц активной терапии при многомесячной поддерживающей терапии и неопределенно долгом приеме профилактических средств, в частности — нормотимиков). Фармакотерапия включает бензодиазепиновые транквилизаторы; в качестве снотворных средств — производные циклопирролона (зопиклон) или имидазопиридина (золпидем), а при предполагаемой связи нарушений сна с аффективными расстройствами — антидепрессанты с седативно-гипнотическим компонентом действия (тразодон, миансерин) или нейролептики типа тиоридазина; трициклические антидепрессанты (ТЦА) (требуют осторожности в подборе адекватных доз в связи с выраженностью побочного действия); атипичные антидепрессанты (миансерин, тразодон, мапротилин, тианептин, моклобемид, пирлиндол, пипофезин); селективные ингибиторы

обратного захвата серотонина (СИОЗС); тимостабилизаторы или нормотимики, среди которых предпочтителен карбамазепин, — в небольших и средних дозах; нейролептики (предпочтительны небольшие дозы и средства без выраженного побочного действия); транквилизаторы — альпразолам, клоназепам, клоразепат, диазепам, тофизопам; бета-адреноблокаторы — обзидан, тразикор, пропранолол, которые обладают быстрым противотревожным эффектом, в отличие от транквилизаторов — без седации и возможных дисмнестических побочных эффектов.

Надо учитывать, что фармакологические вмешательства могут быть полезны во время одних стадий лечения, но не во время других. Например, антидепрессанты могут быть наиболее полезны во время стадии оживления воспоминаний, но в них больше нет необходимости, когда лечение фокусируется на реабилитации и реинтеграции в гражданскую жизнь [там же].

В МКБ-10 в фармакотерапии ПТСР предлагают использовать ТЦА; ингибиторы МАО; тианептин, пирминол, пипофезин, обратимые ингибиторы МАО (моклобемид) — при снижении активности, проявлениях апатии; миансерин, тразидон — при выраженности или частых эпизодах тревоги (в том числе на ночь при нарушениях сна); СИОЗС; карбамазепин; соли лития; нейролептики — тиоридазин, алимемазин, другие — только при наличии симптомов психоза; бензодиазепиновые транквилизаторы — кратковременно, для купирования тревоги. «Наиболее широко для лечения ПТСР используются антидепрессанты. Теоретической предпосылкой использования антидепрессантов при ПТСР является не столько доминирование депрессии, сколько проявления обсессивно-компульсивной симптоматики, навязчивые представления и тревожно-фобические переживания. Наряду с широким кругом симптомов, подвергающихся редукции при приеме антидепрессантов, к их несомненным преимуществам следует отнести минимальную возможность злоупотребления этими препаратами и

формирования зависимости, что имеет большое значение при ПТСР» [Пушкарев и др., 2000, с. 33].

Получены данные об эффективности использования фармакопунктурной нейроиммунотерапии — метода, основанного на введении в точки акупунктуры препаратов, характеризующихся сочетанным нейро- и иммуномодулирующим действием (в частности, препарата «Миелопид») при ПТСР. При этом помимо того, что улучшались кровотоки, тонус сосудов, снижались головные боли, одновременно происходило выраженное изменение психоэмоционального статуса — снижалась конфликтность, улучшалось настроение, восстанавливался сон [Терехов и др., 2003].

Добавляя фармакологические средства, терапевт должен тщательно обдумывать и отслеживать воздействие лекарств на основные симптомы ПТСР и на дополнительные симптомы, такие как депрессия. Следует принимать во внимание проблемы контрпереноса, возможное символическое значение медикаментов как для пациента, так и для терапевта, и подходящие стадии медикаментации. Если немедикаментозное лечение проводится одновременно с медикаментозным, специалисты должны часто общаться друг с другом для того, чтобы избегать в лечении ненужных искажений и срывов [Southwick, Yehuda, 1993]. Нужно учитывать, что при недостаточном профессионализме врач или психолог могут сами слишком сильно погружаться в проблемы клиента и испытывать огромное желание «помочь хоть чем-нибудь».

Многие подходы и методы психотерапии, которые часто связываются с травмой, также имеют, как ни странно, весьма ограниченное применение в психологической помощи при травме. Так называемый катарсис и отреагирование негативных переживаний при повторном воспроизведении травматических переживаний в сознании не являются терапевтическими, если человек не в состоянии еще справиться с этими переживаниями. Те, кто работает с людьми, пережившими в недалеком прошлом тяжелое травмирующее событие, согласятся, что едва ли возвращение к травме является (или должно быть) основой гу-

манистического подхода к ПТСР. Образы смерти у пациента не могут быть значимыми, если они, по сути, не усваиваются [Forman, Havas, 1990].

Поэтому реально даже при работе со страхами, вызванными травмирующим событием, вряд ли часто могут использоваться, например, метод наводнения, при котором пациента побуждают столкнуться с реальной ситуацией, вызывающей страх, и убедиться в отсутствии пугающих негативных последствий, различные методы погружения, методы катарсиса. Но если столкновение с подобной реальностью снова погружает человека в травмирующую ситуацию и слишком сильные переживания, с которыми он не в состоянии справиться, то этот метод, естественно, окажется неэффективным. Все методы катарсической психотерапии также, практически, будут иметь не психотерапевтическое, а травмирующее влияние, если человек еще не в состоянии совладать с силой этих переживаний, не может почувствовать себя в безопасности. А ведь для ПТСР как раз и характерно отсутствие этого ощущения безопасности, ожидание неприятностей. Только в тех случаях, когда психолог предполагает наличие в прошлом каких-то травматических переживаний (обычно в детстве), о которых сам клиент уже не помнит и которые, возможно, связаны с нынешними проблемами, используются подобные психоаналитически ориентированные методы. Как правило, это происходит спустя много лет после предполагаемой травмы. В таких случаях действительно могут быть полезны психодинамические подходы.

Психодинамический подход

«Выведение вытесненных событий на уровень сознания, их эмоциональное отреагирование освобождает человека от систематической амнезии, связанной с тенденцией избегать определенных негативно окрашенных воспоминаний и представлений» [Пушкарев и др., 2000, с. 41]. Здесь используются методы классического психоанализа, проективные техники, психодрама. Даже если речь идет о ранней детской

травме, где действуют архаичные защиты, достижение позитивного эффекта вполне возможно. «Архаические защиты несомненно “обучаемы”, иначе не были бы возможны изменения в ходе терапии ранней травмы. Жизнь людей изменяется, и травма день за днем постепенно исцеляется, по мере того как примитивные защиты смягчаются и раскрываются под защитой глубинно-психотерапевтических отношений. Точнее следовало бы выразиться так: травматические защиты отличаются высокой сопротивляемостью к изменениям — особенно до того, как будет установлено доверие, — и даже это сопротивление следует понимать как часть естественных действий психики, направленных на самосохранение. В такой работе — психотерапии ранней травмы — как ни в какой другой важно понимание и сострадание» [Калшед, 2001, с. 10].

Но во многих реальных случаях, описываемых в психодинамической литературе, психотерапевт имеет дело не с одной тяжелой травмой и ее последствиями, а цепью неблагоприятных событий, приведших к формированию негативного качества. Поэтому очень условно можно говорить о том, что нынешние особенности вызваны именно некой отдельной «травмой».

Важно также отметить, что терапевтический эффект (например, в случае истерических неврозов) возникает даже тогда, когда на самом деле раннее травмирующее событие реально не происходило, а существовало только в фантазиях клиента. Да и вообще вполне возможно, что связь между нынешними проблемами и отдаленным детским переживанием существует не в реальности, а устанавливалась только на сеансе психотерапии. Однако еще раз подчеркнем, что важнее результат.

Во многом на психоаналитическом подходе к травме базируется и интегративная трансперсональная психотерапия.

Интегративная трансперсональная психотерапия

Интегративная трансперсональная психотерапия — новое авторское направление групповой психотерапии, в основе которого лежит интеграция элементов дыхательных техник (холотропной терапии, ребефинга, вайвэйшн), телесно-ориентированной терапии, арт-терапии и психосинтеза, которые взаимодополняют и потенцируют друг друга и позволяют добиться отреагирования на телесном и эмоциональном уровне, не выводя в сознание психотравмирующую ситуацию.

«При лечении ПТСР психотерапевтический эффект достигим лишь после освобождения связанной психической энергии, которая используется на вытеснение, подавление воспоминаний о травмирующей ситуации, то есть на формирование механизмов психологической защиты и на адаптацию индивида к новому, часто болезненному состоянию. Из этого следует, что основными в данной ситуации являются катарсические методы — методы, способствующие эмоциональному и физическому отреагированию вытесненных эмоций и переживаний. Поэтому наиболее быстрого эффекта при терапии ПТСР можно достигнуть, используя интегративную трансперсональную психотерапию, на лечебных сеансах которой пациент открывает и переживает глубинные травмы, конфликты и проблемы, вытесненные в бессознательное и послужившие причиной патологического состояния, освобождается от них. В процессе данной психотерапии изменяется жизненная позиция пациента в отношении конкретных переживаний» [Пушкарев и др., 2000, с. 50—51]. То есть здесь также в качестве основной причины посттравматических расстройств рассматривается некая «глубинная травма».

Позвольте все же вернуться к той психологической травме, которая вызвана слишком тяжелыми для данного человека событиями настоящего или недавнего прошлого. Еще раз отметим, что любой психически здоровый человек может столкнуться с событием, которое для него окажется травмирующим.

Мы уже говорили, что положительный эффект могут давать самые разные подходы, однако учет закономерностей развития процесса переживания травмы может помочь лучшему пониманию того, что именно мы делаем, в каком порядке и на что направлены те или иные формы и приемы психологической помощи.

Часто выделяют три этапа работы с травмой:

«1) установление доверительного безопасного контакта, дающего право на “получение доступа” к тщательно охраняемому травматическому материалу;

2) терапия, центрированная на травме; с исследованием травматического материала по глубине, анализом интрузивных проявлений, работой с избеганием, отрешенностью и отчужденностью;

3) стадия, помогающая пациенту отделиться от травмы и воссоединиться с семьей, друзьями и обществом» [Пушкарев и др., 2000, с. 37].

Конечно, установление контакта — первая стадия любой психотерапии, однако при работе с травмой нет необходимости с самого начала стремиться к «получению доступа» к травматическому материалу, поскольку вначале пациент может быть просто не в состоянии справиться с этим. Что касается следующих двух стадий, они, по сути, являются двумя главными составляющими работы с травмой — переработкой травматического опыта и развитием возможностей для успешной, приносящей удовлетворение жизни.

Мы считаем, что чрезмерное увлечение «глубинным исследованием» травматического опыта может приводить к дополнительной избыточной фиксации на нем (которая и так уже есть) в ущерб нормальной жизни, превращая человека на длительное время в клиента психотерапевтов. К негативным результатам может вести и увлечение «переосмыслением» опыта, начатое с первых моментов после травмирующего события. Опыт показывает, что если человек на ранних стадиях переживания травмы занимается поиском смысла, это ведет не к «поиску смысла жить даль-

ше», а к поиску смысла произошедшего. На ранних стадиях этот смысл часто оказывается чересчур связан с чувством вины или с желанием отомстить.

Вообще, мы придерживаемся того принципа, что задача психолога состоит в том, чтобы с помощью минимального вмешательства дать возможность человеку вернуться к нормальной для него жизни.

В связи с тем, что для разных клиентов те или иные аспекты, связанные с травматическим событием, могут иметь различное значение, важно, чтобы для каждого из них разрабатывалась определенная, сугубо индивидуальная программа психотерапевтических воздействий, которая подлежит уточнению на протяжении всего лечения [*Перес Ловелле, 2001*].

Заметим, что, хотя исследования показывают бóльшую эффективность индивидуальной, а не групповой психотерапии при работе с травмой, все же значительно чаще проводится психотерапия групповая (особенно после масштабных событий). К сожалению, отчасти это вызвано не реальными потребностями клиентов и не необходимостью оказать помощь бóльшему количеству людей за меньшее время, а грантами, которые выделяются именно на групповую работу. При том времени, которое часто тратится на малоэффективную работу, можно было бы оказать необходимую минимальную помощь тому же количеству людей с лучшими результатами, не развивая в них зависимость от психотерапии.

Огромное место в процессе переживания травмы и осложнениях его протекания играют навязчивые воспоминания, сопровождающиеся сильными эмоциональными реакциями. Поэтому мы думаем, что ведущую роль в работе с травмой играют методы, направленные на ликвидацию этого «сбоя» в работе памяти или на разрыв между образами события и эмоциональными реакциями.

Мы используем приемы работы с образами. Так как чаще всего навязчивые воспоминания связаны именно со зрительными образами, особую роль играют различные техники визуализации.

Приведем пример очень простой методики, которая за короткий сеанс помогает избавиться от преследующих человека зрительных образов.

«Стирание» навязчивых травмирующих зрительных образов

1. Пациента просим представить себе травматический навязчивый образ. Выясняем, на каком расстоянии от него находится этот образ, цветной ли он или черно-белый, плоский или трехмерный, есть ли в нем движение.

Заметим, кстати, что предварительно можно немного поработать с нейтральными образами и их свойствами (например, с образом дерева, яблока и т.п.). Такая работа с качествами образа (субмодальностями, как они называются в НЛП) помогает клиенту почувствовать некоторый контроль над собственными зрительными образами и представлениями, что в отношении травматических образов уже само по себе терапевтично.

2. Если образ объемный, просим клиента превратить его в плоский, как картинка, фотография, оставив на том же месте, где находилась передняя часть образа. Если образ был плоским, сразу переходим к следующему пункту. (Если пациенту не удастся сделать образ плоским, предлагаем ему «поместить стекло» перед образом.)

3. Пациенту предлагаем представить, как будто он смывает с картинки водой все изображение, представить, как стекают все краски (или черная краска, если образ был черно-белым), оставляя белый лист. В случае динамичного образа предлагаем просмотреть весь «фильм», смывая с экрана все изображение. (Можно «закрасить образ» или «стекло перед ним» черной краской.)

4. На оставшийся белый (обычно еще с остатками изображения — нет необходимости полностью очищать его) лист предлагаем наклеить фотографию некоего нейтрального (или положительного) объекта — например, пейзажа, или запустить простой фильм (часто — знакомый мультфильм).

5. Просим пациента сделать новый образ объемным «как в реальности».

6. Снова просим пациента представить травмирующий образ. Если ему это удастся, проверяем, появились ли какие-то изменения. Обычно уже после первого раза образ

становится менее четким. Как правило, трех повторений бывает достаточно, чтобы образ ушел или претерпел сильные изменения, перестал быть навязчивым. При воображаемых травмирующих образах (травме воображения) хватает, как правило, однократного выполнения этого приема.

На наш взгляд, особенно важно, что мы не просто помогаем пациенту избавиться от навязчивых образов, но и даем ему в руки орудие, которым он в дальнейшем может пользоваться самостоятельно. Тем самым заодно снимается и страх того, что образ может вернуться (хотя в нашей практике такого практически не встречалось).

Основной мы считаем именно работу со зрительными образами. Даже в тех случаях, когда жалобы клиента связаны с навязчиво всплывающими эмоциональными, тактильными, кинестетическими и даже обонятельными ощущениями, почти всегда можно обнаружить, что «спусковым крючком» для их появления служит всплывающий зрительный образ. Однако изредка встречаются и навязчивые травматические звуковые образы (в нашей практике было всего несколько случаев — примерно, один слуховой на сто зрительных). При этом аналогично проводилась работа с качествами слухового образа.

«Стирание» навязчивых травматических звуковых образов

1. Попросите пациента представить себе травмирующий звуковой образ. Выявите, откуда доносится звук (направление и примерное расстояние).
2. На том самом месте, где якобы расположен в представлении пациента источник звука предложите ему представить магнитофон, который и является этим источником. Предложите ему «выключить» магнитофон, а затем включить его любимую музыку (выясните, какую именно музыку клиент любит). Затем предложите сделать эту музыку громче, еще громче, как бы поворачивая ручку магнитофона.
3. Опять предложите пациенту представить себе травмирующий звуковой образ, а затем, как бы нажимая на кнопку магнитофона, выключить звук.

4. Снова на том же месте попросите включить любимую музыку.
5. Снова попросите представить травмирующий звуковой образ. Как правило, достаточно одного раза выполнения техники, чтобы пациент больше не мог представить этот звук отчетливо. Но при необходимости техника повторяется трижды.

Интересно, что навязчивый образ, вызывающий повторные «погружения» в травматические переживания, далеко не всегда является образом самых тяжелых или неприятных моментов события. Часто это довольно нейтральный образ, деталь, связанная с травмирующим событием, которая «включает» цепь воспоминаний и переживаний (например, пациенты сообщали, что «видят глаза» одного из участников событий). Это служит как бы «предупреждением» о том, что может произойти.

В нескольких случаях, когда прием «стирания» не срабатывал, мы прибегали к «технике выдувания зависимости» нейролингвистического программирования, также построенной на работе с субмодальностями [Андреас, Андреас, 1995, с. 150—160].

Интересно, что если в работе со взрослыми легче «стереть» образ, то в работе с детьми довольно легко удается «вмешиваться» в травматические образы, внося в них какие-то изменения. Например, довольно часто можно было «дать в руки» ребенку воображаемый шланг с цветной краской, которой он мог поливать какие-то предметы (например, самолеты-бомбардировщики), так что они становились разноцветными. Или представить себе какие-то части образа сделанными из снега (например, трупы) и представить, как под солнечными лучами они тают, превращаясь в лужицы. У взрослых такое вмешательство может вызывать чувство протеста и даже возмущения, детям же оно легко дается, приводя к исчезновению навязчивых травмирующих образов. Хотя и со взрослыми иногда можно прибегать к подобным «вмешательствам» в сам образ.

В некоторых случаях, когда человеку важно не столько избавиться от навязчивых образов, сколько приобрести большую произвольность по отношению к их появлению, можно применять другие простые и быстрые приемы визуализации. Например, поместить образ в «воображаемый телевизор» и потренироваться «переключать программы» с травмирующих образов на нейтральные и даже приятные. Это дает возможность развить чувство контроля над собственными воспоминаниями и, по сути дела, справиться с чувством беспомощности и зависимостью от внезапно возникающих воспоминаний.

По нашему мнению, такие минимальные вмешательства позволяют психологу остаться «вспомогательным инструментом» в жизни пациента, не принимая на себя роль «спасителя», без которого трудно жить. Помогая избавиться от небольших «осложнений», мы даем возможность процессу переживания травмы вернуться к нормальному протеканию и благополучному завершению.

Отметим, что при работе с патологически протекающим процессом переживания горя мы очень часто встречаемся и с явными симптомами ПТСР — навязчивыми представлениями (часто это образы агонии, изуродованного тела или даже просто «не похожего на себя» мертвого человека в гробу), которые порой мешают получить доступ к хорошим воспоминаниям, связанным с умершим. В этом случае в качестве составной части работы с горем мы включаем и описанную выше работу с навязчивыми образами. (Обычно тогда мы предлагаем на месте травмирующего образа представить себе любимую фотографию с изображением умершего.)

В случаях с длительным пребыванием в травмирующей ситуации часто (также обычно навязчиво) всплывают только отдельные «картины» или «эпизоды». Поэтому описанный прием тоже оказывается довольно эффективным. Хотя в некоторых случаях, когда идет «цепочка негативных воспоминаний» мы прибегаем к разработанной в нейролингвистическом программировании технике визуально-

кинестетической диссоциации (когда человек, как в кино, «просматривает» в своем воображении как бы со стороны идущий ускоренно фильм о событиях в обычном порядке и задом наперед, причем в более тяжелых случаях он может даже «наблюдать со стороны» за собой, «просматривающим фильм») [О'Коннор, Сеймор, 1997, с. 215—219]. Только в отличие от работы с фобиями, мы после такого «просмотра» предлагаем продолжить фильм и «посмотреть на себя через пять лет, каким бы вам хотелось стать». Обсуждение таких представлений, начинающееся с чисто внешних особенностей (цвет и фасон одежды, прическа) и переходящее к более глобальным (семья, профессия, работа, круг общения), помогает человеку начать думать о будущем, увеличивает ту временную перспективу, которую как бы «закрыли» навязчивые травмирующие воспоминания.

Мы привели здесь некоторые примеры работы с травматическими образами. Конечно, знакомство с использованием образов и визуализации в процессе психотерапии придает большую гибкость работе психолога. Заметим, что одно из преимуществ данной работы, которое может показаться очень нетипичным для психотерапии — это возможность работать с переживаниями клиента как с «черным ящиком». Пациент имеет возможность не рассказывать о содержании своих образов. (То есть мы можем избежать того, что клиент далеко не всегда в состоянии делать. Ведь нередко даже у взрослых людей подобные попытки заканчиваются либо тем, что клиент замолкает, пытаясь справиться с нахлынувшими чувствами (например, удержаться от рыданий), либо оказывается захвачен этими чувствами (например, переходит к рыданиям), также оказываясь не в состоянии ничего рассказать. Конечно, многие скажут, что такие рыдания тоже полезны, и постепенно, спустя много сессий, клиент сможет все-таки что-то начать говорить. Но не всегда у клиента есть возможность участия в столь длительной терапии, и мы не считаем необходимым подвергать клиента столь долгому мучительному процессу, если

можно сделать его более легким и эффективным.) Кстати, опыт показывает, что после работы с травмирующими образами как с «черным ящиком» клиент оказывается в состоянии рассказать о пережитом и очень часто делает это спонтанно, без предложений со стороны психолога.

Арт-терапия

Работа с образами может использоваться и при применении арт-терапевтических приемов и методик. Мы не имеем в виду здесь арт-терапию в первоначальном смысле с ее психоаналитической направленностью. Однако возможность рисовать свои чувства, и только затем что-то озвучивать; или работать с травмирующими образами не только в воображении, но и на бумаге; возможность изображать свои страхи или объекты страхов и т.д. и т.п., возможность производить какие-то изменения в рисунках — все это может эффективно использоваться в работе с травмой, так как учитывает специфику этого процесса с его правополушарным, невербальным доминированием.

Разработаны и другие методы, направленные на снятие навязчивых воспоминаний и уменьшение эмоционального компонента их, иногда довольно необычные.

Фосфен и ауден

И.П. Брязгунов и А.Н. Михайлов для устранения симптомов ПТСР разработали принципиально новые методики фосфена и аудена [Брязгунов, Михайлов, 1994]. Фосфен — зрительные ощущения, вызываемые без воздействия света на глаза с помощью механического, химического, электрического раздражения сетчатки глаза. Ауден — звуковые ощущения, исходящие не из внешних источников звука, а вызываемые воздействием механических, химических или других агентов на лабиринт слухового нерва, слуховой корковый анализатор головного мозга. Методики фосфен и ауден применялись непосредственно во время зрительно-го или звукового воспроизведения больным посттравматического стрессового состояния (вызывания соответ-

ствующим зрительным или слуховым образом). При использовании этих методик наблюдалось устранение эмоционального сопровождения травмирующего события.

Однако проведению этих приемов и методов должно предшествовать обучение клиента тем или иным приемам релаксации.

Методы релаксации

Вообще, мы считаем, что овладение техниками релаксации и саморегуляции необходимо любому человеку. Очень жаль, что этому не учат в детстве. Ведь гораздо легче научиться методам релаксации в спокойной ситуации, чем после стресса и, тем более, во время него.

В целом, независимо от того, какие именно подходы мы будем использовать в работе с травмой, методы релаксации могут быть полезны, так как позволят избежать или уменьшить используемую фармакотерапию. В условиях терапии, не использующей медикаментозное лечение, некоторые клиницисты стараются дать пациентам психологические методы для уменьшения симптомов вторжения до начала терапии, фокусированной на травме [Southwick, Yehuda, 1993].

Один из наиболее известных методов, который одно время был довольно модным, но в последние годы незаслуженно часто игнорируется, — это **аутогенная тренировка** по Шульцу [Schultz, 1973]. Однако в классическом виде для освоения этого метода требуется довольно много времени. Поэтому чаще психотерапевты используют ее модификацию, превращающую этот метод в **гетеротренинг**, где присутствуют элементы и внушения, и самовнушения, при этом на первых порах все формулы произносит психотерапевт, а пациент лишь повторяет их про себя. Если постепенно снижать роль психотерапевта, то такой прием может во много раз ускорить процесс освоения релаксации и сделать его использование при работе с травмой более действенным. Быстро осваивается пациентом, а потому удобна для использования **прогрессивная мышечная релаксация** по

Джекобсону [см.: Рудестам, 1990], различные приемы медитации, а также использование записанных на пленку сеансов внушения для самостоятельных занятий клиента.

После овладения клиентом методами релаксации нередко эффективным оказывается проведение в той или иной форме **систематической десенсибилизации**.

Систематическая десенсибилизация

Метод систематической десенсибилизации был предложен Джозефом Вольпом. В классическом виде он проводится *in vivo*, когда клиенту, находящемуся в состоянии релаксации, постепенно предъявляют предметы или ситуации, вызывающие у него тревогу. При этом предъявление начинают с наименее тревожащих объектов, постепенно двигаясь в иерархии вверх, пока клиент не сможет в состоянии релаксации иметь дело даже с самыми тяжелыми для него ранее объектами. При работе с травмой нецелесообразно сталкивать клиента с реальными ситуациями и объектами, поэтому чаще работа осуществляется в воображении. То есть клиент в состоянии релаксации начинает представлять себе травмирующее событие. При первых появлениях напряжения он просто возвращается к состоянию релаксации. Постепенно в воображении клиент переходит к самым травматичным воспоминаниям [см.: Психотерапевтическая энциклопедия, 1999; Рудестам, 1990].

Наш опыт показывает, что по отношению к травме часто не удастся составить иерархию травматичных представлений. Поэтому при использовании этого метода мы меняем длительность экспозиции травмирующих событий. Клиент под контролем психолога представляет их до появления первых признаков напряжения. При первом появлении неприятных ощущений он либо сам возвращается к состоянию релаксации, либо по команде психолога, который заметит малейшие признаки напряжения.

Рейнальдо Перес Ловелле при проведении десенсибилизации к травматичным переживаниям предлагает исполь-

зовать в состоянии релаксации технику визуально-кинестетической диссоциации [Перес Ловелле, 2001].

Близкими к методам систематической десенсибилизации являются, на наш взгляд, приемы **аутогенного отреагирования** и **аутогенной вербализации** по Луте [Психотерапевтическая энциклопедия, 1999]. При аутогенном отреагировании пациент в состоянии аутогенной релаксации пассивно представляет зрительные образы и вербально описывает их. Аутогенная вербализация проводится без визуализации представлений.

С травматичными образами работает еще одно довольно молодое направление психологической помощи, фокусирующееся на десенсибилизации с помощью движения глаз.

Психотерапия с помощью движений глаз

Метод десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ), разработанный Ф. Шапиро, базируется на гипотезе о том, что движения глаз (или другие альтернативные раздражители), используемые при ДПДГ, запускают психологический процесс, активизирующий информационно-перерабатывающую систему [Шапиро, 1998, с. 52]. «Во время процедуры ДПДГ, когда клиенту предлагается вызвать травматическое воспоминание, мы устанавливаем связь между сознанием и участком мозга, в котором хранится информация о травме. Движения глаз (либо другие альтернативные раздражители) активируют информационно-перерабатывающую систему и восстанавливают ее равновесие. С каждой новой серией движений глаз травматическая информация перемещается — причем ускоренным образом — дальше по соответствующим нейрофизиологическим путям, пока не достигается положительное разрешение этой информации. Так, например, это положительное разрешение может возникнуть, когда травматическая информация, хранившаяся прежде изолированно, вступает в соприкосновение с недавно приобретенной адаптивной информацией» [там же].

ДПДГ-психотерапия состоит из восьми стадий. Количество сеансов, посвященных каждой стадии, так же как и количество стадий, включенных в каждый сеанс ДПДГ, зависит от особенностей конкретного клиента.

Первая стадия посвящена анализу истории болезни и планированию лечения.

Вторая стадия — подготовке, во время которой психотерапевт объясняет клиенту теорию ДПДГ, контекст процедуры, определяет ожидания в отношении эффекта лечения и готовит его к возможности появления между сеансами беспокоящих переживаний.

Третья стадия заключается в определении цели и основных реакций клиента с использованием Шкалы субъективных единиц беспокойства и Шкалы соответствия представлений.

Четвертая стадия — десенсибилизация — направлена на беспокоящие клиента эмоции. Во время нее и осуществляются серии ритмичных движений глаз.

Пятая стадия, стадия инсталляции, направлена на когнитивное реструктурирование.

Шестая называется стадией сканирования тела, когда определяются очаги остаточных напряжений в теле.

Седьмая стадия — завершения — включает обсуждение, важное для поддержания клиента в состоянии равновесия между сеансами.

На *восьмой стадии* проводится повторная оценка [там же].

Лишение быстрого сна

Интересно, что на какую-то связь быстрого сна и переработки травматичного опыта (хотя, быть может, отличную от постулируемой в подходе Ф. Шапиро) указывает еще один подкрепленный экспериментально, но недостаточно используемый на практике прием. Найдено, что «однократное лишение быстрого сна за ночь усиливает забывание эмоционально травмирующего материала при

хорошем сохранении в памяти нейтральной информации» [Николаева, 2003, с. 227].

В работе с детьми, как уже указывалось, мы активно используем приемы работы с образами, причем часто работаем, основываясь на рассказах взрослых, на информации, которая есть у нас о случившемся с ребенком, чтобы не расспрашивать его, а сразу сообщать ему, что мы знаем, что с ним произошло, и понимаем, что с ним происходит. И мы можем помочь ему «сделать страшное не таким страшным».

Терапевтическая метафора

Использование метафор в работе с людьми, пережившими психологическую травму, может осуществляться на всех этапах и быть полезным в работе и с детьми, и со взрослыми. Часто можно использовать «собственную метафору клиента» («оказалась у разбитого корыта» или «впереди пустота») для создания на ее основе терапевтических историй. В работе со взрослыми очень хорошо в качестве терапевтической метафоры могут служить анекдоты (не только выражая проблему или ее решение, но и возвращая возможность смеяться), с детьми — сказки. Можно использовать и существующие сказки, но часто полезнее сочинять истории и сказки непосредственно для клиента [Гордон, 1995; Миллс, Кроули, 1996].

Клиент-центрированная терапия

На ранних этапах переживания травмы или в тех случаях, когда ребенок стесняется, просто когда у него не хватает умений и слов для описания своих переживаний, особенно полезными могут быть клиент-центрированная игровая терапия и арт-терапия. Наличие большого количества разнообразных игрушек может помочь выйти из состояния шока многим детям, а затем с помощью игры дети, убедившись в безопасности обстановки и принятии

их терапевтом, могут выразить свои переживания. При этом, видимо, подобные формы клиент-центрированной терапии могут быть эффективны и в работе с подростками, хотя, конечно, вряд ли при этом следует в кабинете размещать так много игрушек, а скорее — материалы для рисования и лепки — и рассчитывать надо на то, что это будет в значительно большей степени вербальная терапия, как со взрослыми [Дорфман, 1997].

Мы считаем, что часто работа с травмой может ограничиться уничтожением травматических образов или ослаблением их травматичности, а далее во многих случаях клиент справляется сам. Однако бывают полезны самые разные приемы в зависимости от проблем и запросов клиента.

Так, клиент может просто хотеть получить возможность выговориться, разобраться, нормально ли то, что с ним происходит. И тогда мы можем в большей степени использовать эмпатическое слушание или даже просто провести тестирование и обсудить результаты. Часто в индивидуальной терапии может быть полезно использовать схему дебрифинга, которая помогает выявить не только переживания, тревожащие клиента сейчас, но и потенциально травматичные (в качестве которых могут иногда выступать те первые мысли, которые приходили в голову человеку, или его собственные поступки), а также снять тревоги по поводу того, что он «сошел с ума».

При выраженном избегании могут быть полезны методы гештальттерапии (работа с чувствами), телесно-ориентированной терапии.

При работе со смертью близких, как уже говорилось, мы используем часто странное сочетание методов роджерсианской недирективной терапии (слушание, перефразирование, паузы) и опережающего информирования (говорим о том, что могут испытывать люди в ситуации горя, что с ними будет происходить), релаксационные методы, специальные упражнения. На отдаленных этапах обсуждаются проблемы, связанные не столько с горем,

сколько с изменениями в результате смерти близкого социальной ситуации клиента. В случае осложнений процесса переживания горя могут использоваться разные методы. Часто бывает нужно снять травматичные образы, дать возможность завершить какие-то незавершенные из-за смерти дела и поработать с чувством вины (часто — высказать то, что не успел, попросить прощение и получить его — естественно, в воображении), иногда — с чувством обиды, а также убедиться в том, что не лишился умения испытывать позитивные чувства, получить доступ к своим позитивным воспоминаниям и ресурсным переживаниям. Клиенту также бывает иногда необходимо понять, как будет трансформироваться его чувство острой боли и горя и чем это оптимально может завершиться (переход от горя к печали). В подобной работе могут быть очень полезны приемы гештальттерапии («работа с пустым стулом», например). Мы довольно часто используем разработанную и многократно применявшуюся нами технику работы со смертью близких. (Отметим, что обычно мы используем ее спустя как минимум несколько месяцев после момента смерти. Однако в случаях масштабных событий, где горе переживают многие — во время войны, например, — нам доводилось применять этот метод уже через полтора месяца после события и пациенты были готовы к его применению.) В этой технике мы использовали как некоторые элементы НЛП (якоря, извлечение ресурсов, работа с будущим), так и трансовые элементы.

Работа со смертью близких

При проведении этой техники важно не останавливаться. Даже если пациент плачет, задача психолога — довести работу до конца. Только в этом случае достигается терапевтический эффект. (Однако психолог может разбить эту технику на ряд этапов и посвятить им несколько сессий, но при этом уже проводя ее не в воображаемом плане, а ближе к манере гештальттерапии, например, используя приемы работы с «пустым стулом».)

1. В случае наличия травмирующих образов, связанных с умершим, проводится техника «стирания», при этом травматический образ заменяется на любимую фотографию с изображением этого человека.
Далее психолог предлагает клиенту:
2. Представьте себе его (умершего) сейчас как живого, как будто он сейчас находится перед вами. Скажите ему, что вы его любите, скажите, как вам его не хватает. (Психолог обязательно оговаривает, чтобы клиент говорил вслух, хотя бы шепотом или просто шевеля губами. Благодаря этому мы можем убедиться, что клиент действительно обращается прямо, говорит во втором лице, а не повторяет вновь и вновь про себя, говоря об умершем в третьем лице: «Мне его не хватает». С другой стороны, это помогает психологу своевременно переходить к следующему этапу.)
3. Если есть что-то, что вы не успели сказать ему при жизни — скажите сейчас. Если вы хотите попросить у него за что-то прощения — попросите сейчас. (Ждете, пока клиент говорит.) А теперь — вы ведь прекрасно его знаете, помните его голос — представьте себе, что он вам отвечает. (Очень часто клиенты говорят то, что представляют — обычно слова утешения, прощения.)
4. А теперь представьте, что он протягивает вам руку и в своей руке протягивает вам свою любовь, заботу, поддержку, дружбу, силу (перечень определяется тем, в каких отношениях были эти люди). Протяните руку, возьмите его любовь, заботу, поддержку (повторяется тот же набор слов, иногда можно приподнять руку клиента, как бы протягивая ее) и поместите ее в себя, туда, где вы хотите всегда чувствовать его любовь, заботу (тот же набор слов. Эти слова произносятся с одинаковыми интонациями и в дальнейшем послужат якорем-ресурсом).
5. (Резко меняется тон голоса, как будто вы переходите совсем к другому упражнению.) Бывало ли у вас раньше, что кто-то из близких, друзей уезжал надолго, быть мо-

- жет, навсегда? Может, вы сами уезжали? Помните, как вам их не хватало? Было грустно? Не так больно, но грустно, не хватало? (Эти слова могут сопровождаться прикосновением-якорем и интонациями предыдущего якоря.)
6. (Снова смена тона голоса.) А теперь опять представьте себе его как живого. Попрошайтесь с ним и дайте ему уйти, не держите его. Представьте себе, как он уходит вдаль, в прошлое, унося с собой вашу боль и оставляя вам свою любовь, заботу, грусть, поддержку, ощущение, что его не хватает, печаль, любовь... (множественно повторяются первый и второй наборы слов вперемешку с прикосновением-якорем). Он уходит все дальше, между вами дымка времени, и он уносит вашу боль, оставляя любовь, поддержку, печаль, любовь, грусть и т.д. (Во многих религиях, сказках, мифах разных народов часто звучит тема того, что умершему «плохо», если его удерживают, тем самым человек, «отпуская» его, как бы подсознательно старается сделать что-то хорошее для него.)
7. (Снова резкая смена тона.) А теперь представьте себя через пять лет, каким вы хотите стать, каким вы себе понравитесь. Во что вы одеты там, через пять лет? Какая у вас прическа? (С помощью подобных вопросов мы помогаем визуализации образа.) Там, через пять лет, вы работаете? Кем? Вам нравится? Учитесь? На кого? У вас есть семья? Дети? (То есть задаются вопросы, которые могут помочь человеку начать планировать свое будущее, думать о нем. Вопросы задаются в соответствии с тем, что мы знаем о клиенте.) И там, через пять лет, вы же вспоминаете его (умершего)? Вам ведь приятно его вспоминать? Посмотрите, может быть, вы рассказываете о нем своему сыну (другу, родным и т.д.)? Посмотрите, быть может, вы вспоминаете что-то хорошее, веселое? Может, забавное? Он любил шутить? (Обычно на этом этапе клиенты начинают рассказывать какие-то истории, эпизоды, получив, таким образом, доступ к хорошим ресурсным воспоминаниям.)

На этом выполнение техники может быть завершено. Очень часто она способствует возвращению процесса переживания горя в «нормальное» русло и даже некоторому ускорению его.

Особое место в работе с людьми, переживающими психологическую травму, играет логотерапия.

Логотерапия

Травмирующее событие, особенно длительное пребывание в травмирующей ситуации или смерть близкого человека, часто ведет к утрате смысла жизни. И одна из задач психолога — помочь клиенту найти для себя смысл жить дальше. Мы снова подчеркиваем, что важно не столько найти смысл случившегося, сколько — смысл того, чтобы жить после случившегося. «Смысл должен быть найден и не может быть дан» [Франкл, 1990, с. 297]. Об этом надо помнить психологу, чтобы удержаться от попыток даже косвенного навязывания клиенту собственных представлений и собственных смыслов. В. Франкл, основоположник логотерапии, предлагает выделять три группы ценностей — ценности творчества, ценности переживания и ценности отношения. Он указывает, что «жизнь никогда не перестает иметь смысл, потому что даже человек, который лишен ценностей творчества и переживания, все еще имеет смысл своей жизни, ждущий осуществления, — смысл, содержащийся в праве пройти через страдание, не сгибаясь» [там же, с. 300]. К сожалению, иногда человеку легче найти смысл и выжить в самой тяжелой ситуации, чем после нее.

Логотерапия — «оптимистическое отношение к жизни, потому что она учит тому, что нет трагических и негативных аспектов, которые не могли бы посредством занимаемой по отношению к ним позиции быть превращены в позитивные достижения» [там же, с. 302].

Методы решения проблем

Важное место в работе с людьми, пережившими психологическую травму, должно занимать решение проблем.

Ведь после травмирующего события многие из них оказались в ситуации, когда им надо заново выстраивать свою жизнь в совершенно новой обстановке, в новой социальной ситуации. Мы обнаружили, что нередко подавленность и депрессия вызваны не самим стрессовым событием, а сложившейся в дальнейшем ситуацией, проблемами, которые клиент не может решить. Причем не может часто не потому, что они неразрешимы, а потому, что просто не умеет ставить цели и решать проблемы. Отсутствие нормального жилья, работы, денег является для клиента куда более актуальной проблемой, чем то, через что он прошел в прошлом. И здесь действенны методы, более привычные для программ подготовки менеджеров и тренингов решения проблем, чем для методов психотерапии. Очень важно научить клиента формулировать свои цели, определять приоритеты, анализировать ситуацию, осуществлять выбор с оценкой последствий, дробить глобальные цели на подцели и этапы и т.д. Важно помочь клиенту выработать алгоритм решения проблем [Вудкок, Фрэнсис, 1991; Кристофер, Смит, 2001; Келли, Армстронг, 2001; Робсон, 2000]. Причем иногда, определив первые шаги, клиент больше не нуждается в помощи психолога. Порой уже на этом этапе клиенты прекращают посещать сеансы, так как, например, начинают всерьез заниматься поиском работы или устраиваются на нее. Клиенту нужно помочь оценить свои сильные стороны. Следует иметь в виду, что именно у клиентов, длительное время находившихся в экстремальных травматических обстоятельствах, могли выработаться такие качества, которые могут быть очень полезны в его дальнейшей жизни. Важно дать почувствовать этим клиентам, что вы принимаете те позитивные моменты, которые были в их прошлом, а также дать им понять, что эти качества могут быть полезны не только в тех обстоятельствах. Полезно рассматривать эти приобретенные в экстремальных условиях опыт и качества как сильные стороны клиента. Очень важно также помочь клиенту понять, что решение нынешних проблем — дело будущего, а не про-

шлого. Нельзя вчера решить проблему, которая существует у меня сегодня. Ожидание возвращения в «прекрасное прошлое», существовавшее до травмирующих событий, — самое неэффективное, чем может заниматься человек. Оно может способствовать только тому, чтобы постоянно оставаться несчастным. «Ведь только полностью концентрируя внимание на прошлом и повернувшись спиной к настоящему, можно путешествовать по жизни, не опасаясь случайных, невольных поворотов судьбы, которые могут вдруг изменить перспективу на девяносто, а то и на все сто восемьдесят градусов, вопреки вашей воле показав вам, что настоящее — это не только неисчерпаемый источник негативных эмоций, оно может таить в себе и кое-что утешительное, не говоря уже о каких-то совершенно новых позитивных возможностях» [Вацлавик, 1989, с. 24].

Групповая работа

Как уже говорилось, групповая работа традиционно используется в работе с людьми, пережившими какие-то чрезвычайные ситуации, гораздо чаще, чем индивидуальная. Нельзя отрицать ее пользу, но только в том случае, если мы ясно осознаем ее цели, возможности и ограничения.

Прежде всего, группа дает возможность получить поддержку от людей с похожими переживаниями. Поэтому группы самопомощи широко распространились в США еще со времен войны во Вьетнаме. Но порой они служат заменой отношениям с другими людьми в реальной жизни, что нежелательно. Быть может, у нас такие группы не столь распространены, потому что их функции чаще выполняют друзья (в том числе и друзья, появившиеся во время пребывания в травматичной ситуации). Надо также учитывать, что такие группы самопомощи не являются заменой психотерапии, не помогают избавиться от навязчивых воспоминаний.

Другой тип групп — структурированные группы, действующие по определенной программе. Примером таких групп может быть дебрифинг. Могут быть группы, где

планируются и обсуждаются определенные, связанные с пережитой травмой темы. Эти группы также дают возможность получить поддержку других участников группы, обсудить важные аспекты, с которыми уже столкнулись или могут столкнуться в будущем участники группы, предоставляют важную информацию. Часто в групповую работу включается обучение различным методам релаксации.

Нередко довольно эффективными могут быть различные тренинговые группы. Часто используются разнообразные тренинги общения. Поскольку внезапные травмирующие события оказывают значительное дистрессовое воздействие почти на каждого, необходимо лечение, которое фокусируется на единении выживших с обществом в большей степени, чем на обособлении за счет их «ненормальных» реакций на экстраординарные условия [Forman, Havas, 1990].

Очень полезными могут быть группы обучения «жизненным навыкам». В первую очередь это касается подростков. Надо учитывать, что травмирующие события заостряют подростковые реакции и проблемы. А тренинги обучения жизненным навыкам являются важным методом профилактики практически всех видов асоциального поведения детей и подростков [Трубицына, 1993, 1994, 1995]. Но подобные группы могут быть очень полезны и взрослым в овладении навыками, необходимыми для эффективного общения, решения проблем, поведению в конфликтных ситуациях и так далее. Группы могут быть особенно полезны в приобретении навыков решения проблем, тем более, что в подобных группах после травмы довольно часто могут оказаться люди со сходными проблемами, но разным опытом. В группе ее участники легче могут обучиться эффективным способам решения проблем, увидеть, что могут существовать разные варианты ее решения. Ведь очень часто после травмирующего события люди ищут решения своих проблем привычным способом, который невозможен в новых условиях. Существуют два правила, с помощью которых люди загоняют себя в тупик и депрессию, не решая вполне разрешимые проблемы. «Первое: суще-

ствуется лишь одно-единственное возможное, допустимое, разумное и логичное решение, и если оно еще до сих пор не дало желаемого результата, то только потому, что вы недостаточно активно проводили его в жизнь. Второе: никогда, ни при каких условиях не подвергайте сомнению *допущение*, что это решение — единственное; речь может идти только об усовершенствовании техники его *применения*» [Вацлавик, 1989, с. 31].

Часто в групповой терапии используются различные игровые методы. В одних случаях эти игры могут служить для отработки навыков, в других — служить материалом для последующей рефлексии и обсуждения. Использование игр может быть полезно в самых разных группах, а с детьми оно просто необходимо, во многом возвращая им игру, которая порой уходит из их жизни в результате длительных экстремальных ситуаций. Дети войны часто перестают играть. Иногда — просто не умеют, так как нарушается обычная межвозрастная совместная игра и «передача опыта», иногда — потому что взрослые негативно относятся к детским играм, боясь, что с детьми может что-то случиться, или считая подобное поведение «неправильным», если в семье, например, горе. И игры в группе могут, помимо всего прочего, не только детей, но и взрослых снова научить получать удовольствие.

8.3. Помощь помогающим

Еще один вопрос, который следует обсудить в связи с психологической помощью людям, пережившим психологическую травму, — это **помощь помогающим**.

Сейчас стало довольно модно говорить о проблемах «выгорания» психологов, о «вторичной травматизации» психологов и психотерапевтов, о необходимости оказывать помощь помогающим. «Вторичная травма — это изменения во внутреннем опыте терапевта, которые возникают в результате его эмпатической вовлеченности в отношения

с клиентом, переживающим травматическое состояние» [Конфликт и травма, 2002, с. 71]. Иногда даже всерьез утверждается, что «специалист не может избежать вторичной травмы, так как для того, чтобы помочь клиенту, мы должны сопереживать его страданию, а это сопереживание создает условия для вторичной травматизации. Еще одним важным фактором вторичной травматизации является невозможность быстрых изменений. Сталкиваясь с человеком, переживающим невыносимые страдания, специалист испытывает огромное желание как можно скорее облегчить его боль. Когда это не получается, возникает чувство разочарования и собственного бессилия, что усиливает разрушительное действие вторичной травмы [*там же*].

Нельзя не согласиться с тем, что это серьезная проблема, которая, однако, на наш взгляд, вызвана прежде всего проблемой недостаточного профессионализма тех, кто начинает оказывать психологическую помощь людям, пережившим психологическую травму. Если психолог не может своевременно заметить признаки травматизации у себя и снять их, это говорит о том, что он не может помочь справиться с ними и пациентам. Чаще всего это связано именно с недостатком реальных знаний о процессе развития травмы и отсутствием простейших навыков, скажем, «стирания» тех образов, которые естественно возникают у терапевта под влиянием рассказов клиента при хорошем эмпатическом раппорте в процессе сеанса терапии. Часто это бывает в тех случаях, когда психологи отрицают необходимость наличия чисто технических приемов и методов, на собственном опыте убеждаясь в том, что без этих приемов работа с травмой малоэффективна.

Умение избавляться от травмирующих образов, владение навыками релаксации, владение информацией о про-

блеме, умение ставить цели и решать проблемы, а также умение разделять свою личную жизнь и работу, «отключаться» от работы (которое обычно приобретается через 2—3 года работы), умение решать собственные проблемы, а также желание и готовность учиться, отношение к неудачам в работе как к обратной связи, дающей возможность для более успешных дальнейших действий, а также умение отдыхать — вот краткий перечень тех профессиональных навыков, которые помогают справляться со «вторичной травматизацией».

Литература

- Агарков В.А., Тарабрина Н.В.* Опросник перитравматической диссоциации // Тезисы конференции: <http://www.degacom.ru/-pmt/konf/tezis.htm>.
- Агрелль Я.* Стресс: его военные следствия — психологические аспекты проблемы // Эмоциональный стресс. Физиологические и психологические реакции. Медицинские, индустриальные и военные последствия стресса. Труды Международного симпозиума, организованного Шведским центром исследований в области военной медицины 5—6 февраля 1965 г., Стокгольм / Под ред. Л. Леви. Л.: Медицина, 1970. С. 248—254.
- Александровский Ю. и др.* Психогении в экстремальных ситуациях // Психология экстремальных ситуаций: Хрестоматия / Сост. А.Е. Тарас, К.В. Сельченко. Минск: Харвест, 2000. С. 154—220.
- Андреас К., Андреас С.* Измените свое мышление и воспользуйтесь результатами. Новейшие субмодальные вмешательства НЛП. Пер. с англ. Новосибирск: Элор, 1995.
- Андрющенко А.В.* Посттравматическое стрессовое расстройство при ситуациях утраты объекта экстраординарной значимости // Психиатрия и психофармакотерапия. 2000. Т. 2. № 4. http://www.consilium-medicum.com/media/psycho/00_04/104.shtml.
- Анцыферова Л.И.* Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психология социальных ситуаций / Под ред. Н.В. Гришиной. СПб.: Питер, 2001. С. 309—334.
- Асмолов А.Г.* Деятельность и установка. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1979.

- Бассин Ф.В.* К развитию проблемы значения и смысла // Вопросы психологии. 1973. № 6. С. 13—24.
- Беликова Н.К.* Насилие над чеченскими женщинами в ходе вооруженного конфликта // Конфликт и травма. Вып. 1. Актуальные вопросы оказания помощи при травматических и посттравматических стрессовых расстройствах. СПб.: Институт психотерапии и консультирования «Гармония», 2002. С. 58—61.
- Брызгунов И.П., Михайлов А.Н.* Устранение зрительных и слуховых посттравматических стрессовых нарушений с помощью методик фосфена и аудена. Дубна, 1994.
- Булгучева М.М.* Психолого-педагогическая работа с детьми дошкольного возраста в игровых комнатах Красного Креста в палаточных лагерях Ингушетии для вынужденно покинувших Чечню // Психологи о мигрантах и миграции в России. Информационно-аналитический бюллетень. № 3. М., 2001. С. 102—110.
- Варламов В.А., Богданова Т.С.* Психофизиологическое обеспечение деятельности спасателей в экстремальных условиях // Медицина катастроф. 1998. № 1 (17). С. 77—82.
- Васильева Ю.А.* Подростки в ситуации сексуальной агрессии: психологическая переработка последствий психотравмы // Психология травматического стресса. Сб. тезисов конференции. М.: Институт психологии РАН и др., 1994.
- Василюк Ф.Е.* Пережить горе: <http://www.psychology.ru/library/00062.shtml>.
- Василюк Ф.Е.* Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984.
- Вахов В.П.* Психические нарушения у сотрудников правоохранительных органов, возникающие при деятельности в экстремальных условиях // Медицина катастроф. 1997. № 1 (17). С. 42—47.
- Вацлавик П.* Как стать несчастным без посторонней помощи. М.: Прогресс, 1989.

- Воробьев А.И.* Боевая психическая травма у военнослужащих, действовавших в зоне Персидского залива // Военно-медицинский журнал. 1991. № 6. С. 70—71.
- Вудкок М., Фрэнсис Д.* Раскрепощенный менеджер. Для руководителя-практика. Пер. с англ. М.: Дело, 1991.
- Выготский Л.С.* [Переживание как единица личности и среды] // Психология социальных ситуаций / Под ред. Н.В. Гришиной. СПб.: Питер, 2001. С. 201—205.
- Выготский Л.С.* [Социальная ситуация развития] // Психология социальных ситуаций / Под ред. Н.В. Гришиной. СПб.: Питер, 2001. С. 239—248.
- Гордон Д.* Терапевтические метафоры. Пер. с англ. СПб.: Белый кролик, 1995.
- Дейтс Б.* Жизнь после потери. М.: Фаир-пресс, 1999.
- Доровских И.В.* Посттравматические стрессовые расстройства у военнослужащих, получивших тяжелые ранения в военном конфликте // Медицина катастроф. 1998. № 1 (17). С. 48—52.
- Дорфман Э.* Игровая терапия // *Роджерс К.* Клиент-центрированная терапия. Пер. с англ. М.—Киев: Рефл-бук—Ваклер, 1997.
- Зеленова М.Е. (а)* Психический травматический стресс и его влияние на характер самовосприятия у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС: <http://www.degacom.ru/-pmt/konf/tezis.htm>.
- Зеленова М.Е. (б)* Характер посттравматической адаптации и особенности смысложизненных ориентаций у ветеранов боевых действий в Афганистане (по результатам пилотажного исследования): <http://www.psychol.rus.ru/conf/zelenova.htm>.
- Калшед Д.* Внутренний мир травмы: Архетипические защиты личностного духа. Пер. с англ. М.: Академический Проект, 2001.

- Карницкий А.В., Рожко В.С.* Инфаркт миокарда и стресс: проблемы адаптации // Информационный сервер «Психосфера» — журнал «Психосфера». 2000. № 3 (13).
- Кассиль Г.Н.* Внутренняя среда организма. М.: Наука, 1978.
- Келли Г., Армстронг Р.* Тренинг принятия решений. Пер. с англ. СПб.: Питер, 2001.
- Китаев-Смык Л.А.* Психология стресса. М.: Наука, 1983.
- Конфликт и травма. Вып. 1. Актуальные вопросы оказания помощи при травматических и посттравматических стрессовых расстройствах. СПб.: Институт психотерапии и консультирования «Гармония», 2002.
- Краснов В.Н.* Методологические и организационные аспекты психиатрии катастроф // Медицина катастроф. 1997. № 1 (17). С. 21—24.
- Кристофер Э., Смит Л.* Тренинг лидерства. Пер. с англ. СПб.: Питер, 2001.
- Лазебная Е.О. (а)* Психологические последствия психической травмы как фактор травматизации общества. Тезисы конференции: <http://www.degacom.ru/-pmt/konf/tezis.htm>.
- Лазебная Е.О. (б)* Локус-контроль и успешность посттравматической стрессовой адаптации (Работа выполнена при поддержке Российского Гуманитарного научного фонда; грант 99-06-18007Е). Тезисы конференции: <http://www.degacom.ru/-pmt/konf/tezis.htm>.
- Леонтьев Д.А.* Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. М.: Смысл, 1999.
- Линдемманн Э.* Клиника острого горя // Психология эмоций. Тексты / Под ред. В.К. Вилюнаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. С. 212—219.
- Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Белинский А.В., Фастовцев Г.А.* Проблема нозологической самостоятельности посттравматического стрессового расстройства // Медицина катастроф. № 1 (17). 1998. С. 102—108.

Марьин М.И., Леви М.В., Ловчан С.И. Выявление групп риска развития посттравматических стрессовых расстройств пожарных. Тезисы конференции: <http://www.degacom.ru/-pmt/konf/tezis.htm>.

Медынская Ю.С. Основные теоретические подходы к проблеме посттравматического стресса: <http://www.psychology.ru/lomonosov/tesises/fy.htm>.

Мельников В.М. Особенности проявления и реагирования сотрудников ОВД на различные экстремальные ситуации. Тезисы конференции: <http://www.degacom.ru/-pmt/konf/tezis.htm>.

Миллс Дж., Кроули Р. Терапевтические метафоры для детей и внутреннего ребенка. Пер. с англ. М.: Класс, 1996.

Мурен-Симеони М.К. Синдром посттравматического стресса у ребенка // Ежегодник педиатрии. 1993. Т. 40. № 8. С. 489—495. Париж: Неправительственная гуманитарная организация «Врачи мира».

Николаева Е.И. Психофизиология. Психологическая физиология с основами физиологической психологии. Учебник. М.: ПЕР СЭ—Логос, 2003.

О'Коннор Дж., Сеймор Дж. Введение в нейролингвистическое программирование. Пер. с англ. Челябинск: Версия, 1997.

Пергаментщик Л. А. Список Робинзона. // Психология экстремальных ситуаций. Хрестоматия / Сост. А.Е. Тарас, К.В. Сельченков. Минск: Харвест, 2000. С. 60—83.

Перес Ловелле Р. Психотерапевтическое лечение фобических состояний и посттравматического стресса. М., 2001. Посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР) в практике медико-социальной экспертизы. Методические рекомендации для врачей ВТЭК. М., 1993.

Прайс Р. Ситуации риска // Психология социальных ситуаций / Под ред. Н.В. Гришиной. СПб.: Питер, 2001. С. 354—363.

- Психическое здоровье беженцев. Киев: ВОЗ—Сфера, 1998. С. 94.
- Психологическая помощь мигрантам: травма, смена культуры, кризис идентичности / Под ред. Г.У. Солдатовой. М.: Смысл, 2002.
- Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.В. Карвасарского. СПб.: Питер, 1999.
- Пуховский Н. Н.* Психопатологические последствия чрезвычайных ситуаций. М.: Академический Проект, 2000.
- Пушкарев А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г.* Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия. М.: ИПТ, 2000.
- Решетников М.М., Баранов Ю.А., Мухин А.П., Чермянин С. В.* Землетрясение в Спитаке (1988 г.). Уфимская катастрофа (1989 г.) // Военно-медицинский журнал. 1991. № 9. С. 11—16.
- Решетников М.* Психопатология героического прошлого и будущие поколения: <http://www.pseudology.org/chtivo/WarAnalist.htm>.
- Робсон М.* От идеи к решению: использование потенциала управленческой группы. Пер. с англ. М.: Три Л, 2000.
- Рубинштейн С.Л.* Основы общей психологии. СПб.: Питер, 2000.
- Рудестам К.* Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика. Пер. с англ. М.: Прогресс, 1990.
- Самонов А.П.* Экстремальные условия: риск и здоровье. Тезисы конференции: <http://www.degacom.ru/-pmt/konf/tezis.htm>.
- Селье Г.* Стресс без дистресса. М.: Прогресс, 1979.
- Смирнов И.А.* Организационные аспекты оказания психиатрической помощи пораженным в ходе ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций // Медицина катастроф. 1997. № 1 (17). С. 25—28.

- Снедков Е.В., Литвинцев С.В., Нечипоренко В.В., Лыткин В.М.* Медико-психологические последствия боевой психической травмы: клиничко-динамические и лечебно-реабилитационные аспекты // Современная психиатрия. 1998. Т. 1. № 1. <http://www.rmj.ru/sovpsich/t1/n1/7.htm>.
- Советский энциклопедический словарь / Гл. ред. А.М. Прохоров. М.: Сов. Энциклопедия, 1985.
- Софронов А.Г.* Наркомании у ветеранов локальных войн. <http://www.cultinfo.ru/fulltext/1/001/001/095/01.htm>.
- Сукиасян С.Г.* Особенности посттравматических стрессовых нарушений после землетрясения в Армении // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 1993. № 1. С. 61—65.
- Тарабрина Н. В.* Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001.
- Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О., Зеленова М.Е., Петрухин Е.В.* Уровни субъективно-личностного восприятия и переживания «невидимого» стресса // Гуманитарная наука в России: Соросовские лауреаты. Материалы Всероссийского конкурса научно-исследовательских проектов в области гуманитарных наук 1994 г.: Психология, философия. М., 1996. С. 213—220.
- Терехов А.Е., Мельникова Т.С., Краснов В.Н., Василенко А.М.* Фармакопунктурная нейроиммунотерапия у больных посттравматическими стрессорными расстройствами. 2003: <http://www.medcare.ru/articles/neuroimm.htm>.
- Томб Д.А.* Феноменология посттравматического стрессового расстройства. Методическое пособие по работе с посттравматическими стрессовыми расстройствами. СПб.: Институт психотерапии и консультирования «Гармония», 2001. С. 6—30.
- Тополянский В.Д., Струковская М.В.* Психосоматические расстройства. М.: Медицина, 1986.
- Трубицына Л.В.* Методика проведения занятий с подростками по программе позитивной профилактики наркомании, алкоголизма и других видов асоциального поведения. М., 1993.

- Трубицына Л.В.* Методика проведения занятий с детьми и подростками по программе позитивной профилактики различных видов зависимости «Пантера» (Противостоя Алкоголю, Наркотикам, Ты Ежедневно РАстешь). М., 1994.
- Трубицына Л.В.* Методика проведения занятий с младшими школьниками по программе позитивной профилактики курения, алкоголизма, наркомании и обучения навыкам безопасного поведения. М., 1995.
- Трубицына Л.В.* Средства массовой информации и психологическая травма // Проблемы медиапсихологии. Материалы секции «Медиапсихология» Международной научно-практической конференции «Журналистика в 2000 году: Реалии и прогнозы развития». М.: РИП-холдинг, 2002.
- Тураходжаев А.М.* Социально-трудовая адаптация при психических расстройствах у участников войны в Афганистане: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1992.
- Фокин А.А.* Боевое ПТСР — актуальная проблема психологии XXI века: <http://www.psychology.spb.ru/articles/tez/2000/f18.htm>.
- Фокин А.А., Лыткин В.М., Снедков Е.В.* О возможности прогнозирования развития посттравматических стрессовых расстройств у ветеранов локальных войн. <http://www.infamed.com/pub/a020.html>.
- Франкл В.* Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990.
- Фрейд З.* О психоанализе // Фрейд З. Психология бессознательного: Сб. произведений / Сост. М.Г. Ярошевский. М.: Просвещение, 1989 (а).
- Фрейд З.* Введение в психоанализ: Лекции. М.: Наука, 1989 (б).
- Харисова И.М., Валинуров Р.Г.* Опыт организации медико-психологической и психиатрической помощи при катастрофе в республике Башкортостан // Медицина катастроф. 1997. № 1 (17). С. 29—32.

- Черепанова Е.М.* Психологический стресс: Помоги себе и ребенку. М.: Академия, 1997.
- Черепанова Е.М.* Саморегуляция и самопомощь при работе в экстремальных условиях. Руководство для спасателей и другого персонала служб быстрого реагирования. М., 1995.
- Чернов А.В.* О психологической подготовке сотрудников органов федеральной службы безопасности РФ к деятельности в экстремальных условиях // Тезисы конференции: <http://www.degacom.ru/-pmt/konf/tezis.htm>.
- Шапиро Ф.* Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: Основные принципы, протоколы и процедуры. М.: Класс, 1998.
- Эльконин Д.Б.* Избранные психологические труды. М.: Педагогика, 1989.
- Юрьева Л.Н.* Кризисные состояния: Монография. Д.: Арт-Пресс, 1998.
- Якушкин Н.В.* Психологическая помощь воинам-афганцам в Реабилитационном центре Республики Беларусь // Психол. журн. 1996. № 5. Т. 17. С. 102—105.
- Acierno R.A., Kilpatrick D.G., Resnick H.S., Saunders B.E., Best C.L.* (1996). Violent assault, posttraumatic stress disorder, and depression. Risk factors for cigarette use among adult women // *Behav. Modif.* Oct. V. 20. Issue 4. P. 363—384.
- Amir M., Kaplan Z., Kotler M.* (1996). Type of trauma, severity of posttraumatic stress disorder core symptoms, and associated features // *Journal Gen. Psychol.* Oct. V. 123. Issue 4. P. 341—351.
- Armstrong K., O'Callahan W., Marmar C.R.* (1991). Debriefing Red Cross disaster personnel. The multiple stressor

- debriefing model // *Journal of Traumatic Stress*. V. 4 (4). P. 581—594.
- Armsworth M.W., Holaday M.* (1993). The effects of psychological trauma on children and adolescents // *Journal of Counseling & Development*. Sep/Oct. V. 72. Issue 1. P. 49.
- Baily L.* (1995). L'enfant, le trauma et la guerre // *Journal Français de Psychiatrie*. № 3.
- Basson M., Guinn J., McElligott J., Vitale R., Brown W., Fielding L.* (1991). Behavioral disturbances in children after trauma // *Journal Trauma*. V. 31. P. 1363—1368.
- Becker D., Margolin F.* (1976). How Surviving Parents Handled Their Young Children's Adaptation to the Crisis of Loss // *Human Adaptation. Coping with Life Crises* / R.H. Moos (Ed.). Lexington. P. 101—106.
- Belenky G.L., Tyner C.F., Sodet F.J.* (1983). Israeli battle shock casualties: 1983 and 1982 (Report NP-83-4). Washington (DC): Division of Neuropsychiatry, Walter Reed Army Institute of Research.
- Bergmann L.H., Queen T.* (1988). Post-trauma response programs // *Fire Engineering*. V. 17. P. 89—91.
- Berton M.W., Stabb S.D.* (1996). Exposure to violence and post-traumatic stress disorder in urban adolescents // *Adolescence*. Summer. V. 31. Issue 122. P. 489—498.
- Blair R.G.* (2000). Risk factors associated with PTSD and major depression among Cambodian refugees in Utah // *Health Soc. Work*. Feb. V. 25. Issue 1. P. 23—30.
- Bradshaw S.L.Jr., Ohlde C.D., Horne J.B.* (1991). The love of war: Vietnam and the traumatized veteran // *Bull. Meninger Clin*. Winter. V. 55. Issue 1. P. 96—103.
- Breslau N., Davis G.C.* (1987). Posttraumatic stress disorder: The stressor criterion // *Journal of Nervous and Mental Disease*. V. 175. P. 255—264.
- Brown I.* (1990). Psychological trauma, or unexperienced experience // *ReVision*. Spring. V. 12. Issue 4. P. 21.
- Broyles W.Jr.* (1984). Why men love war // *Esquire*. Nov. P. 56, 58, 61—62, 65.

- Buydens-Branchey L., Noumair D., Branchey M.* (1990). Duration and intensity of combat exposure and posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans // *Journal of Nervous and Mental Disease*. V. 178. P. 582—587.
- Cain A.C., Fast I., Erickson M.E.* (1976). Children's Disturbed Reactions to the Death of a Sibling // *Human Adaptation. Coping with Life Crises* / R.H. Moos (Ed.). Lexington. P. 88—100.
- Chodoff P.* (1976). The German Concentration Camp as a Psychological Stress // *Human Adaptation. Coping with Life Crises* / R.H. Moos (Ed.). Lexington. P. 345—346.
- Da Costa J.M.* (1871). On irritable heart: A clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences // *American Journal of the Medical Sciences*. V. 61. P. 17—52.
- de Vries A.P., Kassam-Adams N., Cnaan A., Sherman-Slate E., Gallagher P.R., Winston F.K.* (1999). Looking beyond the physical injury: posttraumatic stress disorder in children and parents after pediatric traffic injury // *Pediatrics*. Dec. V. 104. Issue 6. P. 1293—1299.
- Di Gallo A., Barton J., Parry-Jones W.L.* (1977). Road traffic accidents: early psychological consequences in children and adolescents // *British Journal Psychiatry*. V. 170. P. 358—362.
- Dimsdale J.E.* (1976). The Coping Behavior of Nazi Concentration Camp Survivors // *Human Adaptation. Coping with Life Crises* / R.H. Moos (Ed.). Lexington. P. 350—360.
- Dunning C.* (1988). Intervention strategies for emergency workers // *Mental health response to mass emergencies* / M. Lystad (Ed.). New York: Brunner/Mazel. P. 284—307.
- Earl W.L.* (1991). Perceived trauma: its etiology and treatment // *Adolescence*. Spring. V. 26. Issue 101. P. 97—104.
- Eastmond M., Alinder B., Ralphson L.* (1994). The Psychosocial Impact of Violence and War: Bosnian Refugee Families and Coping Strategies // 4th International Research and Advisory Panel Conference 5—9 January. Oxford.

- Erikson K.* (1994). *New Species of Trouble: Explorations in Disaster, Trauma, and Community*. New York.
- Eth S., Pynoos R.S.* (Eds.) (1985). Posttraumatic stress disorder in children (P. 71–99). Washington (DC): American Psychiatric Press. P. 90.
- Fairbank J., Schlenger W., Saigh P., Davidson J.* (1995). An epidemiological profile of posttraumatic stress disorder: prevalence, comorbidity and risk factors // *Neurobiological and Clinical Consequences of Stress: From Normal Adaptation to PTSD* / M. Friedman, D. Charney, A. Deutch (Eds.). Philadelphia (PA): Lippincott-Raven Publishers. P. 415.
- Figley C.* (1986). *Trauma and its wake* (V. 2). New York: Brunner/Mazel.
- Fletcher K.* (1996). Childhood posttraumatic stress disorder // *Child Psychopathology* / E. Mash, R. Barkley (Eds.). New York: Guilford. P. 242–276.
- Forman S.I., Havas S.* (1990). Massachusetts' posttraumatic stress disorder program: a public health treatment model for Vietnam veterans // *Public Health Rep.* Mar-Apr. V. 105. Issue 2. P. 172–179.
- Green B.L., Lindy J.D., Grace M.C.* (1985). Posttraumatic stress disorder: Toward DSM-IV // *Journal of Nervous and Mental Disease*. V. 173. P. 406–411.
- Green B., Wilson J., Lindy J.* (1985). Conceptualizing posttraumatic stress disorder: A psychosocial framework / *Trauma and its wake* (V. 1) / C. Figley (Ed.). New York: Brunner/Mazel.
- Grinker R., Spiegel J.R.* (1948). *Men under stress*. Philadelphia: Blakiston.
- Helzer J.E., Robins L.N., McEvoy L.* (1987). Posttraumatic stress disorder in the general population // *New England Journal of Medicine*. V. 317. P. 1630–1634.
- Herlofsen P.* (1992). Group treatment for posttraumatic stress disorder after armed robbery // *Traumatic stress — Psychology and Psychopathology — Psychiatria Fennica*. V. 23. Suppl. 7–10. P. 71–76.

- Horowitz M.J.* (1986). Stress-response syndromes: A review of posttraumatic and adjustment disorders // *Hospital and Community Psychiatry*. March. V. 37. № 3. P. 241–249.
- Horton R.* (1999). Croatia and Bosnia: the imprints of war // *Consequences*. *Lancet*, 06/19. V. 353. Issue 9170. P. 2139.
- Joshi Paramjit T.* (1998). Guidelines for international trauma work // *International Review of Psychiatry*. Aug. V. 10. Issue 3. P. 179.
- Kadushin A.* (1976). Reversibility of Trauma. A Follow-up Study of Children Adopted When Older // *Human Adaptation. Coping with Life Crises* / R.H. Moos (Ed.). Lexington. P. 61–76.
- Kardiner A.* (1941). *The traumatic neuroses of war*. New York: P. Hoeber.
- King Daniel W., King Linda A., Foy David W. et al.* (1999). Posttraumatic stress disorder in a national sample of female and male Vietnam veterans: Risk factors: War-zone stressors, and resilience-recovery variables // *Journal of Abnormal Psychology*. V. 108 (1). P. 164–170.
- Kulka R., Schlenger W., Fairbank J., Hough R., Jordan B.K., Marmar C., Weiss D.* (1990). *Trauma and the Vietnam war generation*. New York: Brunner/Mazel.
- Lazarus R.S.* (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lewis T.* (1919). *The soldier's heart and the effort syndrom*. New York: P. Hoeber.
- Lifton R.* (1988). Understanding the traumatized self: Imagery, symbolization and transformation // *Human adaptation to extreme stress* / J.P. Wilson (Ed.). New York: Plenum. P. 7–32.
- Lipovsky J.A.* (1991). Posttraumatic stress disorder in children // *Family & Community Health*. October.
- Lundy M.S.* (1991). Psychosis-induced posttraumatic stress disorder // *American Journal Psychother.* Jul. V. 46. Issue 3. P. 485–491.
- Mirza K.A.H., Bhadrinath B.R., Goodyer I.M., Gilmour C.* (1988). Posttraumatic stress disorder in children and

- adolescents following road traffic accident // *Advances in Psychiatric Treatment*. V. 4. P. 159—166.
- Mitchell J.* (1987). When disaster strike: The critical incident stress debriefing process // *Journal of Emergency Medical Services*. V. 8. P. 36—39.
- Moos R.H., Tsu V.D.* (1976). Human Competence and Coping: An Overview // *Human Adaptation. Coping with Life Crises* / R.H. Moos (Ed.). Lexington. P. 3—16.
- Mowbray C.T.* (1988). Posttraumatic therapy for children who are victims of violence // *Posttraumatic therapy and victims of violence* / F.M. Ochberg (Ed.). New York: Brunner/Mazel. P. 296—212.
- Oppenheimer B.S.* (1918). Report on neucirculatory asthenia and its management // *Military Surgeon (now Military Medicine)*. V. 42. P. 7—11.
- Reynolds J.L.* (1997) Posttraumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth // *CMAJ*. Mar., 15. V. 156. Issue 6. P. 831—835.
- Rosenheck R., Fontana A.* (1994). Long-term sequelae of combat in World War II, Korea and Vietnam: A comparative study // *Individual and community responses to trauma and disasters. The structure of human chaos* / R.J. Ursana, B.G. McCaughey, C.S. Fullerton (Eds.). Cambridge (England): Cambridge University Press. P. 330—359.
- Rothbaum B.O.* (1997). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of posttraumatic stress disordered sexual assault victims // *Bull. Menninger Clin.* Summer. V. 61. Issue 3. P. 317—334.
- Schultz J.H.* (1973). *Das autogene Training*. 14 Aufl. Stuttgart.
- Serban G.* (1999). Review the book 'Assessing Psychological Trauma and PTSD' / John P. Wilson, Terence M. Keane (Eds.) // *Amer. Journal of Psychotherapy*. Spring. V. 53. Issue 2. P. 273—274.
- Shalev A., Freedman S., Peri T., Brandes D., Sahar T., Orr S., Pitman R.* (1998/1955). Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma // *Amer. Journal of Psychiatry*. P. 630—637.

- Shore J.H., Tatum E.L., Vollmer W.M.* (1986). Community pattern of posttraumatic stress disorder // *Journal of Nervous and Mental Disease*. V. 177. P. 681—685.
- Silverstein R.* (1996). Combat-related trauma as measured by ego developmental indices of defenses and identity achievement // *Journal Genet. Psychol.* Jun. V. 157. Issue 2. P. 169—179.
- Southwick S.M., Yehuda R.* (1993). The interaction between pharmacotherapy in the treatment of posttraumatic stress disorder // *Amer. Journal Psychotherapy*. Summer. V. 47. Issue 3. P. 404—410.
- Spaulding R.C., Ford C.V.* (1976). The Pueblo Incident // *Human Adaptation. Coping with Life Crises / R.H. Moos* (Ed.). Lexington. P. 308—321.
- Taylor Carl E.* (1998). How care for childhood psychological trauma in wartime may contribute to peace // *International Review of Psychiatry*. August. V. 10. Issue 3. P. 175—184.
- Ursano R.J., Boystun J.A., Wheatley R.D.* (1981). Psychiatric illness in U.S. Air Force Vietnam prisoners of war: A five-year follow up // *Amer. Journal of Psychiatry*. P. 138. P. 310—331.
- Ursano R.J.* (1987). Commentary: Posttraumatic stress disorder: The stressor criterion // *Journal of Nervous and Mental Disease*. V. 175. P. 273—275.
- van der Kolk B.A.* (1987). *Psychological trauma*. Washington (DC): American Psychiatric Press.
- Wallace A.F.C.* (1957). Tornado in Worcester (Disaster Study Number Three, Committee on Disaster Studies, National Academy of Sciences — National Research Council). P. 127—134.
- Weisæth L.* (1992). Prepare and repair: some principles in prevention of psychiatric consequences of traumatic stress. Traumatic stress. Psychology and Psychopathology // *Psychiatria Fennica*. V. 23. Suppl: 7—10. P. 14—28.
- Wilson J.P., Raphael B., Meldrum L., Bedosky C., Sigman M.* (2000). Preventing PTSD in trauma survivors // *Bull. Menninger Clin. Spring*. V. 64. Issue 2. P. 181—196.

Содержание

1. Понятие психической (психологической) травмы	5
2. Виды травмирующих событий	15
3. Последствия травмирующих событий	
3.1. Ближайшие последствия травмирующего события	23
3.2. Отдаленные последствия травмы	32
3.2.1. Нервно-психические заболевания, психологические нарушения и изменения	32
3.2.2. Дезадаптация, социальная адаптация к новой ситуации, проблема реадaptации	54
3.2.3. Последствия для окружающих	62
4. Этапы реакции на травму	67
4.1. Этапы реакции после кратковременного травмирующего события	69
4.2. Этапы реакции после длительного травмирующего воздействия	74
4.3. Этапы реакции после потери близких (этапы горя)	77
5. Механизмы	84
5.1. Психологические модели механизмов психической травмы	84
5.1.1. Психодинамическая модель	84
5.1.2. Когнитивно-бихевиоральная модель	86
5.1.3. Многофакторные модели	88
5.2. Физиологические и биохимические механизмы	89
5.3. Модель механизма психической травмы как процесса переживания события	103
6. Факторы, влияющие на последствия травмы	109
6.1. До события	109
6.2. Во время события	115

6.3. После события	121
7. Особенности психотравмы у детей	127
7.1. Возрастные особенности реакции на травму	133
7.2. Реакция детей на смерть близких	141
7.3. Детский потенциал к восстановлению	142
8. Психологическая помощь при травме	145
8.1. Психологическая помощь на разных этапах развития травмы	145
8.2. Методы помощи на отдаленных этапах развития психологической травмы	171
8.3. Помощь помогающим	199
Литература	202

ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ СВОЮ ЖИЗНЬ?

РАЗОБРАТЬСЯ В ХИТРОСПЛЕТЕНИЯХ СОБСТВЕННОЙ ЖИЗНИ

поможет любому человеку диагностически-игровая программа для персональных компьютеров **“LifeLine”**

(А. Кроник, А. Пажитнов, Б. Левин).

Психобиографическая программа **“LifeLine”** построена на методе причинно-целевого анализа межсобытийных связей в картине жизненного пути.

В диалоге с Вами она поможет Вам составить целостную картину взаимосвязи важнейших событий Вашей жизни, вычислит Ваш психологический возраст, даст психологический портрет и раскроет возможности более конструктивной организации собственной жизни.

Экспериментальные исследования показали позитивное влияние работы с программой **“LifeLine”** на самоопределение в сфере выбора профессии.

**ВНИМАНИЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ, СЕМЕЙНЫХ
И ДРУГИХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ,
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ!**

Наряду с популярной версией программы **“LifeLine” 1.01** имеется профессиональная версия **“LifeLine” 2.01**, включающая пакет статистической обработки результатов работы с программой.

К программе бесплатно прилагается книга
А.А. Кроника и Р.А. Ахмерова **“Каузометрия”**

ООО НПФ “Смысл”

Подробная информация на сайте www.smysl.ru

Справки по тел. (916) 182 46 81,

e-mail: webmaster@smysl.ru

**Издательство «СМЫСЛ»
совместно с издательством «ЧеРо»**

предлагают книги серии

**«ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ»**

**Редакторы-составители серии
Д.А.Леонтьев и А.Н.Моховиков**

**Серия адресуется практическим психологам
разной специализации,
профессионально работающим с людьми.**

Имеются в продаже

В.Ю.Меновщиков

ВВЕДЕНИЕ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

В.Ю.Меновщиков

**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ:
РАБОТА С КРИЗИСНЫМИ И ПРОБЛЕМНЫМИ СИТУАЦИЯМИ**

А.Н.Моховиков

ТЕЛЕФОННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

ПРАКТИКА ТЕЛЕФОННОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Под редакцией А.Н.Моховикова

Г.У.Солдатова и др.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ МИГРАНТАМ

Л.В.Трубицина
ПРОЦЕСС ТРАВМЫ

Н.И.Сарджвеладзе и др.
ТРАВМА И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Г.Уилер
ГЕШТАЛЬТТЕРАПИЯ ПОСТМОДЕРНА

Готовятся к изданию

О.В.Немиринский
ЛИЧНОСТНЫЙ РОСТ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ГРУППЕ
2-е дополненное издание

К.Шнайдер
ОСВОБОЖДЕНИЕ: ОСНОВЫ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-
ИНТЕГРАТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Г.В.Залевский
ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

С.Л.Братченко
ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ ГЛУБИННОГО ОБЩЕНИЯ
2-е переработанное издание



Желающие заказать книги издательства «Смысл» по почте
в индивидуальном порядке могут прислать запрос по адресу:
103050, Москва-50, а/я 158, издательство «Смысл»,
Справки по телефону (095) 195 37 13
Телефон для оптовых заказов (095) 189 95 88
e-mail: books@smysl.ru
<http://www.smysl.ru>