

## Психическая травма и пути ее преодоления.

(глава из учебного пособия «Психология переживаний»)

Понятие «психическая травма» впервые появилось в научной литературе в конце 19 века. История современной психиатрии обычно связывается с именем Эмиля Крепелина и изданием в 1900 г. его учебника «Введение в психиатрическую клинику». Э. Крепелин был учеником В. Вундта и создал свою концепцию психиатрии на основе методов экспериментальной психологии, в которой ключевым понятием психиатрии становится - «симптом». Психические расстройства стали рассматриваться наряду с соматическими заболеваниями, и причина их виделась во внешних факторах таких, как вирусы, токсины и травмы. В это же время развивается другое направление психиатрии – психоанализ, который обосновывал идею, согласно которой все проявления психических расстройств детерминированы предшествующими переживаниями пациента (Ж. Шарко, З. Фрейд «Исследование истерии» 1893 г., К. Юнг «Психоз и его содержание» 1907 г., Т.Тилинг). Таким образом, психиатрия разделилась на два направления: медицинское (нозологическое), проповедовавшее экзогенную природу психических расстройств и конституциональное - отстаивавшее идею эндогенного происхождения психических расстройств, а в частности то, что психическая конституция личности, индивидуальные особенности и неповторимая история развития лежат в основе психических заболеваний. Конституциональное направление психиатрии основывалось на феноменологическом подходе Карла Ясперса, главной идеей которого было то, что основное внимание следует уделять не симптомам, а исследованию личности пациентов, их переживаниям и жизненной истории путем «вживания» и «вчувствования» в их внутренний мир. И то, с чем, прежде всего, приходится сталкиваться психиатру при работе с пациентами является травматическим жизненным опытом.

*Психическая травма* – (травма в пер. с греч. – «рана», «повреждение», «результат насилия») - глубокие и мучительные переживания человека, связанные с травматическими событиями его жизни, предельные накопления возбуждения, с которыми он не в состоянии справиться или которые частично преодолеваются посредством бессознательных механизмов защиты, ведущих к образованию невротических симптомов. З. Фрейд в работе «Исследование истерии» писал: «Травматическое воздействие может оказать любое событие, которое вызывает чувство ужаса, страха, стыда, душевной боли; и, разумеется, от восприимчивости

пострадавшего зависит вероятность того, что это происшествие приобретет характер травмы». Специфично то, что травма не всегда проявляется в чистом виде, как болезненное воспоминание или переживание, она становится как бы «возбудителем болезни» и вызывает симптомы, которые затем, обретя самостоятельность, остаются неизменными [12, с. 20].

Понятие «травма» в обыденном понимании соотносится преимущественно с телесными повреждениями, нарушением целостности тела. Травмы бывают легкими, тяжелыми и несовместимыми с жизнью, все зависит от силы воздействия источника травмы и защитного барьера тела. По законам гомеостаза все, что нарушает равновесие и целостность организма, вызывает реакцию, направленную на восстановление стабильного состояния. При этом все чужеродные тела организмом отторгаются, т. е. вытесняются. По аналогии с физической травмой и реакцией на нее организма функционирует и психическая травма. Психика, так же как и внутренняя среда организма стремится к поддержанию стабильного состояния и все, что нарушает эту стабильность, вытесняется по терминологии З. Фрейда. В отличие от физической травмы, которая всегда является внешней, психическая травма может иметь интрапсихическую природу, т. е. психика имеет способность травмировать саму себя, продуцируя определенные мысли, воспоминания, переживания и аффекты. Второе существенное отличие психической травмы от физической в том, что она невидима и объективизируется по косвенным признакам, главным из которых является душевная боль. Рефлекторная реакция организма на любую боль – отстранение, избегание, избавление. Но основная функция боли – информационная, она сообщает о наличии повреждения и запускает механизм на исцеление и выживание организма. Психическая боль так же информирует о психологическом неблагополучии и запускает механизм исцеления психики – работу защитных механизмов, в частности механизмов вытеснения и подавления или ответную реакцию. Ответная реакция на травматическое воздействие присутствует всегда, и чем интенсивнее травма, тем сильнее внешнее действие или внутреннее переживание. Ответной реакцией может быть ответный удар, ругань, если человека ударили или унизили, а может быть чувство бессилия и плач. Ответная реакция позволяет осуществить разрядку чрезмерного психического возбуждения, возникающего при травматизации. В том случае, когда возросшее психическое возбуждение в силу обстоятельств не может быть отреагировано (в т. ч. и вербально, как известно слова могут заменять не только действия, но и переживания), начинают работать защитные механизмы психики, переводя энергию травматического возбуждения в телесные симптомы, и разрядка происходит в соматической сфере. Происходит

то, что в психоанализе называют конверсией.

Психосоматическая психотерапия рассматривает символическое значение конверсионных симптомов, локализованных в теле следующим образом:

- обида, которую человек не смог «проглотить», локализуется в области глотания в виде заболеваний горла, щитовидной железы, а обида которую человек не смог «переварить» - в области желудочно - кишечного тракта;

- «травма разбитого сердца» или ситуация, принятая близко к сердцу имеет локализацию в сердце;

- чувство вины вызывает тошноту, рвоту, спазмы сосудов, а сексуальная вина - частые мочеиспускания, энурез, цистит;

- « невыплаканные » слезы и подавленный плач вызывают расстройство кишечника и ринит (слезы находят другой путь выхода);

- бессильная ярость и пассивная раздражительность от жизненной ситуации, отсутствие поддержки и опоры – нарушения опорно-двигательного аппарата;

- травмы унижения и удары по самолюбию – проблемы с сосудами, головные боли, гипертонию;

- довербальные травмы – нарушения речи.

З. Фрейд указывал, что, несмотря на то, что соматизация способствует разрядке возникшего психического напряжения, в психике формируется специфическое «ментальное ядро» или «пункт переключения», ассоциативно связанный со всей «атрибутикой» полученной психической травмы. И это «ментальное ядро» будет активизироваться всякий раз, когда ситуация будет напоминать травматические переживания, одновременно запуская патологические механизмы реагирования. З. Фрейд называет этот процесс феноменом «навязчивого повторения». Таким образом, психическая травма имеет очень «хорошую память», а ее жертвы страдают преимущественно от воспоминаний и патологических паттернов реагирования, реализуемых бессознательно. З. Фрейд отмечал, что его пациенты не только находятся в плену болезненных переживаний далекого прошлого, но и отчаянно цепляются за них, потому что они обладают некой особой ценностью, происходит фиксация на травме, которая может длиться всю жизнь[12].

Теория травмы, игравшая заметную роль на ранней стадии психоанализа, была связана с психической травмой как причиной психических расстройств. Это представление возникло у З.Фрейда в период использования катартического метода лечения при лечении истерии. Первоначально З. Фрейд считал, что сексуальные домогательства, о которых ему сообщали его пациенты, действительно имели место и настолько травмировали детскую психику, что в последствии приводили к невротическим расстройствам. Неприятные болезненные переживания вытесняются,

а связанные с ними аффекты не находят себе выражения, продолжают бессознательно развиваться и начинают проявляться в виде психосоматических симптомов. З. Фрейд считал, что, используя психоаналитический метод, с помощью воспоминаний можно вывести вытесненные травматические переживания на сознательный уровень. А если проявить подавленный аффект и стойко его преодолеть, то возможно избавиться и от травмы и от симптома. Так случилось с первой пациенткой психоанализа Анной О., которая, ухаживая за смертельно больным отцом, не могла реализовать свои сексуальные и агрессивные импульсы, поскольку боялась его огорчить. Она вытесняла эти импульсы, из-за чего у нее развился целый ряд симптомов: паралич, судороги, торможение, душевное расстройство. Стоило ей только заново пережить и довести до разрешения соответствующие аффекты, как симптомы исчезали, что доказывало наличие причинно-следственных связей между подавленными импульсами и неврозом как их последствием. Таким образом, стало понятным, что в появлении невроза в равной мере ответственны внешняя ситуация (травма, страх потерять отца) и внутренние мотивы (желание стать ему близкой, быть может, даже сексуально, и в то же время желание его смерти).

Позже З.Фрейд заметил, что рассказы пациентов о сексуальных домогательствах часто оказываются вымыслом и фантазией, что дало основание перехода на позицию теории инстинктов (влечений). Новая гипотеза З. Фрейда сводилась к следующему: сексуально окрашенные рассказы пациентов являются продуктом их болезненных фантазий, но эти фантазии, хотя и в искаженном виде, отражают их действительные желания и влечения.

Возвращаясь к теории травмы З. Фрейда, следует заметить, что случаи сексуального злоупотребления со стороны взрослых настолько ранят детскую психику, что они оказываются не в состоянии перенести эти ужасные и пугающие переживания, которые в результате вытесняются в бессознательное, а затем предъясняются в виде психопатологии. При этом дело обстоит не только и не столько в самой психической травме, полученной в раннем детстве, сколько в патогенных воспоминаниях о ней, остающихся бессознательными, но вызывающих сексуальное возбуждение в период полового созревания и в более позднем возрасте. Одновременно З. Фрейд считал, что не надо ожидать наличия одного травмирующего воспоминания и, в качестве его ядра - единственного патогенного представления, а надо быть готовым к наличию нескольких рядов парциальных травм и сцеплений патогенных ходов мыслей.

В «Лекциях по введению в психоанализ» З.Фрейд показал, что в близкой аналогии к нервнобольным находятся так называемые «травматические неврозы», являющиеся следствием железнодорожных и других катастроф, а также результатом войны. В

основе этих неврозов лежит фиксация на моменте травмы. Травматическая ситуация постоянно повторяется в сновидениях больных и создается впечатление, что она остается для них неразрешимой актуальной проблемой.

Само понятие травмы приобретает экономический смысл, т.е. оказывается связанным с количеством энергии. Поэтому З.Фрейд называет травматическим переживание, которое в течение короткого времени приводит психику к такому сильному увеличению возбуждения, что его нормальная переработка или избавление от него становится невозможным, в результате чего могут наступить длительные нарушения в расходовании энергии. Психодинамика психической травмы такова, что даже давние переживания оказывают ощутимое воздействие на психику, а воспоминание о них с годами не становится менее значимым и болезненным. З. Фрейд отмечал, что снижение остроты травматических переживаний существенно зависти от того, последовала ли сразу после травматического воздействия энергичная реакция (моторная и эмоциональная) на него или для такой реакции не было возможности, и она была подавлена. В связи с этим ранние детские травмы имеют столь сильное патологическое влияние на психику, так как ребенок не в состоянии энергично отреагировать на травматическое воздействие. Реакция на травму имеет широкий диапазон отреагирования: от немедленного до отставленного на многие годы и даже десятилетия, от обычного плача до жестокого акта мести и ответной агрессии. И только когда человек отреагировал травматическое событие в полной мере, аффект постепенно убывает. З. Фрейд характеризует это выражениями «выплеснуть чувства» или «выплакаться» и подчеркивает, что оскорбление, на которое удалось ответить, припоминается иначе, чем то, которое пришлось стерпеть [12].

В теории травмы особую роль играет внешняя травма и сопровождающий ее внутренний психологический шок, а в теории инстинктов доминируют внутренние мотивы и конфликты. В первом случае человек оказывается жертвой внешних обстоятельств, во втором – их виновником. В первом случае причиной невротических расстройств являются реальные события, во втором – вымышленные (фантазия). Выдающееся достижение З. Фрейда в том, что он путем проб и ошибок пришел к мысли, что наряду с травмами существуют инстинкты и внутренние психологические мотивы, управляющие поведением людей. Современный психоанализ придерживается и теории травмы, и теории инстинктов в объяснении причины неврозов, считая, что обе теории правы. Многие люди действительно страдают от своих инстинктивных порывов, из-за которых чувствуют себя подавленными, но также много психических нарушений наблюдается от неполноценных родительско - детских отношений, при которых родители либо не откликнулись на потребности детей, либо

бессознательно использовали их или просто жестоко обращались.

З. Фрейд указывал на то, что не всегда психическая травма способствует возникновению неврозов. Бывают случаи, когда потрясающие травматические события выбивают человека настолько, что он теряет интерес к жизни, однако такой человек не обязательно становится невротиком. При образовании невроза значительную роль играют разные факторы, включая конституционные особенности, инфантильные переживания, фиксацию на воспоминаниях, регрессию, внутренние конфликты.

В работе «По ту сторону удовольствия» З.Фрейд соотнес психическую травму с механизмами защиты организма человека от грозящих ему опасностей. Он назвал травматическими такие сильные возбуждения извне, которые способны проломить защиту от раздражений. Внешняя травма вызывает расстройство в энергетике организма и приводит в движение защитные механизмы. Но раздражения могут быть настолько сильными, что организм оказывается не в состоянии сдержать переполнение психического аппарата большим количеством раздражений. Последней линией защиты организма от раздражителей является страх. З. Фрейд выдвинул положение о тесной связи между травмой и страхом. Он рассматривал страх под углом зрения воспроизведения аффективных состояний, соответствующих имеющимся у человека воспоминаниям. Эти аффективные состояния воплощены в психической жизни как осадки травматических переживаний прошлого и в соответствующих этим переживаниям ситуациях воспроизводятся как символы воспоминаний.

Согласно З.Фрейду, реальный страх – это страх перед известной опасностью, в то время как невротический страх – это страх перед опасностью, которая неизвестна человеку. В том случае, когда человек переживает физическую беспомощность перед реальной опасностью или психическую беспомощность перед опасностью своих влечений, возникает травма. Самосохранение человека связано с тем, что он не ждет наступления травматической ситуации опасности, а предвидит, предвосхищает ее. Ситуация ожидания становится ситуацией опасности, при наступлении которой возникает сигнал страха, который напоминает испытанное прежде травматическое переживание. Страх поэтому является, с одной стороны, ожиданием травмы, а с другой стороны, смягченным ее воспроизведением, которое при наступлении опасности подается как сигнал о помощи.

В понимании основателя психоанализа существует еще одна тесная связь между травмой и неврозом, которая уходит корнями в прошлое во взаимоотношения ребенка с матерью. Так, ситуация, при которой мать отсутствует, оказывается для ребенка травматической, особенно в том случае, когда ребенок испытывает потребность, которую мать должна удовлетворить. Данная ситуация превращается

просто в опасность, если эта потребность актуальна, тогда реакцией на опасность становится страх ребенка. Впоследствии потеря любви матери становится для него более сильной опасностью и условием развития страха.

С точки зрения З.Фрейда, решающим моментом для исхода и последствий травмы является не ее сила, а подготовленность или неподготовленность организма, которая выражается в его потенциале. Специфично, что травма не всегда проявляется в чистом виде, как болезненное воспоминание или переживание. Она становится как бы «возбудителем болезни» и вызывает различные симптомы (фобии, obsессии, заикание и т. п.). По собственным наблюдениям З. Фрейд заметил, что симптомы могут исчезать, когда удается со всей эмоциональностью воскресить в памяти, заново пережить и выговорить травматическое событие. Позднее эти наблюдения легли в основу психоаналитической психотерапии и дебрифинга работы с психическими травмами [11].

*Основные положения теории травмы З. Фрейда:*

- психические травмы играют важную роль в этиологии неврозов;
- переживание приобретает травматический характер вследствие количественного фактора;
- при определенной психологической конституции травмой становится то, что при другой не вызвало бы подобных последствий;
- все психические травмы принадлежат раннему детству;
- психическими травмами являются либо переживания собственного тела, либо чувственные восприятия и впечатления;
- последствия травмы бывают двоякого рода – положительные и отрицательные;
- положительные последствия травмы связаны с усилием возратить ее весомость, т.е. вспомнить забытое переживание, сделать его реальным, снова пережить его повторение, дать ему возродиться к какому-то другому лицу (фиксация на травме и навязчивое ее повторение);
- отрицательные последствия травмы связаны с защитными реакциями в форме избегания и фобий;
- невроз – попытка исцеления от травмы, стремление примирить отколовшиеся под влиянием травмы части «Я» с остальными частями.

Отто Фенихеля считают последним приверженцем теории травмы в психоанализе. В своей работе «Психоаналитическая теория неврозов» он писал о том, что любой, внезапный и сильный разрушающей силы поток раздражителей способен вызвать психическую травму у любого индивида. Но для последующей психопатологии существенно то, была ли возможной в период травмы моторная реакция, так как ее блокирование существенно увеличивает вероятность психического расстройства. Так же О. Фенихель

подчеркивал, что травмирующее воздействие прямо пропорционально его неожиданности и обозначил типичные симптомы психической травмы:

- блокировка или снижение функций «эго», потеря чувства реальности и адекватного восприятия действительности;
- периодические приступы неконтролируемых эмоций, особенно тревоги и гнева;
- бессонница или тяжелые нарушения сна с типичными сновидениями, в которых снова и снова переживается травма;
- «проигрывание» травматической ситуации в форме фантазий, мыслей, переживаний;
- осложнения в виде психоневрологических симптомов.

Так же как и З. Фрейд О. Фенихель констатирует возможность самостоятельного преодоления последствий психической травмы двумя путями. Первый путь – ментальное и территориальное отдаление от травмирующей ситуации, отдых, расслабление и постепенное восстановление. Так, человек, переживший психическую травму, старается избегать людей, мест, ситуаций, напоминающих о пережитом страдании и постепенно переключается на другие интересы. Второй путь – отсроченная разрядка накопившегося аффекта через эмоциональную и моторную сферы в сочетании с феноменами повторения через ре – переживания, воспоминания, эмоциональные всплески. Первый путь автор называет «методом успокоения», а второй - «методом отреагирования». В терапии психических травм должны реализовываться оба метода. Терапевт должен посредством расслабляющих внушений успокоить, вселить уверенность, удовлетворить потребность пациента в зависимости и пассивности, с одной стороны, и способствовать катарсису, бурным эмоциональным разрядкам, повторному переживанию травмы, вербализации и прояснению, пробудившихся конфликтов – с другой стороны. Метод успокоения особенно необходим, когда пациент напуган, находится в состоянии шока, а проработка травматических ситуаций и их повторение слишком болезненны. О. Фенихель подчеркивал, что правильное соотношение катарсиса и успокоения – главная задача терапии, а конкретные техники не столь важны [ 9 ].

Представитель юнгианского психоанализа Дональд Калшед в своей работе «Внутренний мир травмы» пишет о том, что понятие «травма» используется для обозначения любого переживания, вызывающего непереносимые душевные страдания. А непереносимыми страдания становятся в том случае, когда обычных защитных механизмов психики конкретной личности оказывается недостаточно. Д. Калшед констатирует, что психическая травма возникает не только вследствие внешних травматических событий, но и по причине внутренней работы самой психики. Психика реагирует на внешнее травматическое событие по следующей схеме:



- вначале психика трансформирует внешнюю травму во внутреннюю «самотравмирующую силу»;
- а затем происходит малигнизация, «озлокачествление» психологических защит, которые превращаются из системы самосохранения психики в систему ее самоуничтожения.

Психические защиты переходят на примитивный «архаический» уровень (уход от реальности, расщепление, аутизм, трансовые состояния, возникновение множественных идентичностей, стереотипных реакций, потеря смыслов существования), психика грубо регрессирует, поэтому обращение к рациональной части оказывается затруднительным. Вторая линия защит, т.е. примитивные «архаические» защиты призваны отреагировать травму и предотвратить разрушение личности. Главный вывод, который делает Д. Калшед состоит в том, что травмированная психика продолжает травмировать саму себя через синдром навязчивого повторения. Так травмированные люди начинают постоянно обнаруживать себя в жизненных ситуациях, в которых они подвергаются повторной травматизации. В свою очередь З. Фрейд так же писал о «неврозе судьбы», который заключается в том, что люди в своей жизни склонны постоянно «наступать на одни и те же грабли», повторяя, таким образом, свой травматический опыт. Например: человек с травмой унижения часто оказывается в ситуациях унижения, «козла отпущения», ударов по самолюбию, человека с травмой предательства постоянно предадут.

Д. Калшед пишет о том, что существуют психические травмы не совместимые с жизнью личности по аналогии не совместимых с жизнью тела физических травм. В таком случае, той личности, которая была до травмы, после нее уже не существует. Но в отличие от физической травмы, не совместимой с жизнью, эта утрата не безвозвратна. В связи с этим терапия психических травм должна начинаться с установления доверия, которое возникает через понимание и сострадание терапевта и только после этого переходить к постепенному восстановлению нормальных, зрелых защит с последующим переходом к восстановлению потерянных смыслов существования [4].

Австро-американский психоаналитик Отто Ранк ввел понятие «*травма рождения*» - это бессознательные переживания человека, связанные с его появлением на свет. Согласно его взглядам, травма, полученная при рождении, является причиной возникновения неврозов, а переживания страха рождения – «первой репетицией», прообразом переживаний всех других ситуаций опасности. Травма рождения и вызванный ею страх, согласно О.Ранку, являются основными факторами развития человека и источником невротических заболеваний.

Во внутриутробном состоянии будущий ребенок органически

соединен с матерью, последующее нарушение этой гармонии при рождении, вызывает в нем тревогу. Незащищенность ребенка перед внешним миром может стать причиной того, что у него возникнет стремление вернуться в первоначальное состояние, а невозможность осуществления этого приведет к появлению невроза. Взрослый человек на бессознательном уровне в той или иной форме и степени тоже испытывает тоску по утраченной некогда гармонии. Во время секса у мужчины происходит символическое приобщение к материнскому лону, а у женщины возникает желание вобрать в себя мужчину, чтобы тем самым слиться с ним в единое целое и испытать блаженство внутриутробного периода. Задачей психоанализа О. Ранк считал устранение воспоминаний о травме рождения путем перевода бессознательных страхов пациента в его сознание и понимания того, что отделение ребенка от матери есть неизбежный процесс психического развития.

Из современных авторов проблематике психической травмы посвящена монография «Психическая травма» доктора психологических наук, профессора Решетникова М. М., который впервые в отечественной литературе на основе широкого психолого - психиатрического подхода сделал анализ истории теории психической травмы, анализ самой теории, патогенеза, диагностики и терапии психической травмы [8].

Общепринятой классификации психических травм в литературе пока не существует, но имеются различные варианты. Прежде всего, выделяют детские травмы, которые оказывают сильное патогенизирующее влияние на психику и развитие ребенка в связи с невозможностью ребенка дать ответную реакцию на травмирующее событие. Перечислим некоторые из них:

1. Травма «брошенности» возникает в младенческом возрасте при отсутствии или недостаточном физическом контакте ребенка с матерью. Ребенок до начала самостоятельного хождения не разделяет свое тело с телом матери и при отсутствии матери переживает сильную тревогу и страх. Люди, имеющие травму «брошенности» склонны к разного рода зависимостям, симбиотическим отношениям, инфантильности и страхам потери любимого объекта.
2. Травма «отвержения» возникает при «холодной» или «мертвой» матери (терминология психоаналитических теорий), матери эмоционально не вовлеченной в жизнь ребенка. Этому могут быть разные причины: послеродовая депрессия у матери, стресс, нежелание иметь ребенка, проблемы в семье, отсутствие партнера и т. д. Люди, имеющие эту травму, живут с чувством собственной ненужности и

невысказанности, не могут самореализоваться, выражать свои чувства и находиться в близких эмоциональных отношениях, избегают эмоциональных проявлений.

3. Травма «лишения» возникает при пренебрежении потребностями ребенка (мама не подходит к малышу, когда он плачет, не успокаивает его страхи, не обеспечивает необходимый уход, поддержку и внимание). Люди, имеющие подобную травму живут с ощущением нехватки внимания окружающих, постоянно стремятся его завоевать, склонны к манипуляциям, не чувствуют удовлетворения в жизни.
4. Травма «предательства» возникает при разочаровании ребенка своими родителями, которых он боготворил (примером может служить увиденная ребенком сцена сексуального акта между родителями). Разновидностью этой травмы является «травма свержения с трона» (термин А. Адлера), которая возникает у ребенка при рождении младших детей, которым уходит все родительское внимание. Люди, пережившие эту травму, теряют чувство доверия к людям, отчуждаются и замыкаются в себе либо всеми способами стараются угодить окружающим, чтобы символически «вернуть» любовь родителей.
5. Травма сексуального соблазнения возникает при использовании взрослыми ребенка или подростка для удовлетворения своих сексуальных влечений, приводит к сексуальным и эмоциональным проблемам.
6. Травма «насилия» возникает при систематическом жестоком обращении с ребенком со стороны взрослых, нанесение ему телесных повреждений. Травма «насилия» приводит к возникновению психопатии или формированию психопатического асоциального характера.
7. Травмы «унижения» или нарциссические травмы – удары по самолюбию ребенка, унижение, пренебрежение, снижение самооценки приводят к нарушениям «Я-концепции» и комплексам неполноценности.

Психические травмы унижения, насилия, отвержения, предательства происходят и во взрослой жизни, но, как правило, по «повторяющемуся» детскому сценарию. Взрослый человек воспроизводит детские травмы, попадая в травматические ситуации с

теми же эмоциональными реакциями, паттернами поведения и переживаниями, что и в детстве. Например, взрослый человек с травмой унижения будет «притягивать» к себе ситуации, когда он выступает в роли «козла отпущения», терпит издевательства и унижение, а, имеющий травму отвержения, как по «роковой» случайности, найдет себе партнера эмоционально холодного, и будет страдать от отсутствия близости в отношениях. Вот почему З. Фрейд в свое время настаивал на лечении «невроза судьбы» от детских травм.

К психическим травмам относятся так же потери близких людей (физические – смерть, психологические – разлука), травма «разбитого сердца» (измена, безответная любовь), изнасилование, сексуальные соблазнения, пережитые несчастные случаи и катастрофы. Больше всего психических травм происходит в сфере межличностных отношений, особенно близких и интимных. Психологи предполагают, что близкие отношения амбивалентные по своей природе, являются аналогом детско-родительских отношений, в которых воспроизводятся заново все давние конфликты и травмы. В связи с этим лечение психических травм, связанных с межличностными отношениями необходимо проводить в обязательном порядке с проработкой детских травм.

М. Решетников в работе «Психическая травма», ссылаясь на публикацию Р. Кеслера, дает классификацию психических травм в зависимости от их частоты и прогностического значения относительно развития ПТСР по американской репрезентативной выборке. По частоте ведущего травматического фактора травмы классифицируются в следующем убывающем порядке: наблюдение насилия или несчастного случая; несчастные случаи и аварии; пожары и стихийные бедствия; угроза применения оружия; другие угрожающие жизни ситуации; физическое насилие; сексуальное домогательство; изнасилование; плохое обращение с ребенком в детстве; участие в боевых действиях; пренебрежение ребенком в детстве. По частоте развития ПТСР на первом месте стоит изнасилование, на втором – участие в боевых действиях, на третьем – плохое обращение с ребенком в детстве, далее по убыванию – пренебрежение ребенком в детстве, сексуальные соблазнения, угроза применения оружия, физическое насилие, несчастные случаи и аварии, наблюдение насилия или несчастного случая, стихийные бедствия [8].

Современным психологам часто приходится работать с людьми, которые получили психическую травму и не могут преодолеть ее разрушающего воздействия на свою психику и жизнь. Психическая травма проявляется в нарушениях системы отношений между людьми, усложняет личную жизнь, разрушает значимые межличностные связи, проявляется в асоциальном и девиантном поведении. Неадекватные формы переживания психической травмы

обуславливают глубокие нарушения в жизнедеятельности и развитии человека на трех уровнях:

- деструктуризация отношений личности с миром и окружением, потеря доверия к жизни и людям;

- эмоциональные, когнитивные, личностные и поведенческие расстройства;

- психосоматические заболевания.

Конструктивные способы преодоления психических травм способны актуализировать внутренние ресурсы человека и стать началом личностного и духовного развития.

Преодоление травмы осуществляется при помощи активизации «преодолевающего переживания» - особой формы внутренней активности, направленной на восстановление душевного равновесия, утраченного смысла жизни и целесообразности [2, с. 5]. Актуализация «преодолевающего переживания» происходит в критической ситуации травмы – в ситуации «невозможности», как ее называет Ф. Е. Василюк, т.е. в ситуации невозможности жить и реализовывать внутренние потребности своей жизни (мотивы, стремления, цели) так, как это было до травмы. Результатом внутренней работы переживания становится осознание человеком того, что случилось, а также осмысление всей своей жизни, что приводит к смене жизненных позиций, как возможности существования в новой реальности и адекватному преодолению психической травмы. Для понимания механизмов действия «преодолевающего переживания» необходим анализ динамики симптомов, которые свидетельствуют о нарушениях. Психическая деятельность «преодолевающего переживания», несмотря на ее индивидуальный характер, имеет определенные закономерности, характерные для всех людей.

В. Д. Менделевич выделяет четыре этапа в работе «преодолевающего переживания», называя их этапами формирования невротической симптоматики в ответ на психотравмирующее влияние [ 6 ].

*Первый этап – когнитивный*, возникает, как правило, сразу после травмирующей ситуации и длится от нескольких дней до нескольких месяцев. В этот период психическая деятельность процесса переживания направлена на осознание того, что произошло и мотивируется жизненной потребностью ориентации в нынешней ситуации. В этот период человек ранжирует ситуацию по степени важности, определяет ее смысл и влияние на свою жизнь, анализирует ее причины, ищет «виноватых», осмысливает степень своей ответственности. Для этого периода характерно возникновение аффективных состояний: депрессивных, дисфорических, эйфорических, апатичных и др. Часто наблюдается перетекание одного состояния в другое. Характерными эмоциональными проявлениями этого периода являются растерянность, разочарование, удивление, обида,

безысходность. Возникновение этих феноменов обусловлено разрушением когнитивных схем человека, сменой его информационного паттерна, который регулирует восприятие и поведение. До тех пор пока, измененные травмой когнитивные схемы, не интегрируются в состав старых схем, человек подвержен данным состояниям. Для снижения остроты переживания начинают действовать процессы защитных механизмов и когнитивного контроля в форме избегания, отрицания, «эмоциональной глухоты», которые, порождая терапевтический эффект, значительно усложняют процесс преодоления травмы.

*Второй этап – аффективно-мотивационный* длится, как правило, несколько месяцев. Для него характерны ярко выраженные аффективные переживания, болезненные воспоминания о травмирующей ситуации и времени ей предшествовавшему. Во время этих воспоминаний происходит изменение ценностей, смыслов и мотивов. Опыт травмы и жизненные события, связанные с ней, переосмысливаются личностью в этот период через мотивационно-ценностную систему, и именно это обуславливает процесс переживания. В этот период срабатывает инстинкт самосохранения, который поддерживает физическую целостность индивида, пережившего травму, его самоуважение и дальнейшее развитие. Этот фактор имеет определяющее значение в процессе психологического преодоления травмы на этом этапе.

*Третий этап – антиципационный.* Антиципация – (в пер. с лат. предугадывание событий) способность человека предвосхищать ход событий, прогнозировать и определять вероятность тех или иных действий окружающих, а также предугадывать собственные реакции на изменившуюся внешнюю обстановку. Концепция антиципационного психологического механизма используется для объяснения этиопатогенеза невротических нарушений, при которых происходит нарушение прогностической функции мышления, в связи с чем больные невротиками вновь и вновь попадают в ситуацию невротического срыва. На третьем этапе, при условии адекватной деятельности процесса переживания на предыдущих этапах, формируются альтернативные когнитивные схемы личности, активизируются внутренние ресурсы, что помогает включению механизмов психологической компенсации. Постепенно начинает снижаться острота аффективной симптоматики, начинается процесс психологического обновления личности. Если этого не происходит, тогда появляются психологические и соматические расстройства. Люди с антиципационной несостоятельностью подвергаются большому риску возникновения когнитивных и мотивационных нарушений и сбоев в своем развитии.

*Четвертый этап – поведенческий.* В этот период человек выбирает стратегию поведения в условиях травматического

изменения жизненной ситуации, вырабатывает специфические способы психологической компенсации и механизмы самокоррекции. В случае их неадекватности возможно появление психосоматических и психосоциальных нарушений. К неадекватным стратегиям поведения принадлежат типичные невротические реакции, невротические ритуалы, ограничивающие формы поведения, которые включают стереотипность, ригидность, шаблонность, схематичность действий. При этом стереотипными становятся реакции, концепция Я, картина мира, ценности. Неадекватной стратегией является также аттitudная стратегия (готовность индивида направлять свои действия в одном, часто деструктивном направлении), которая для преодоления травмы использует различные формы девиантного поведения. В основе неадекватных стратегий «преодолевающего поведения» лежит дефицит мотивации, который выражается в недостатке внутренних ресурсов, необходимых для процесса саморегуляции, направленного на овладение психотравмирующими переживаниями, осознание и переработку смыслов, поиск новой позитивной ориентации.

Большую роль в переживании и способах преодоления психической травмы, а так же в формировании проблем развития и функционирования посттравматической личности играют защитные механизмы психики. В литературе выделяется *две группы защитных механизмов психики*, которые используются при психотравмах:

1. *Конструктивные* (адекватные, зрелые) защитные механизмы. Их особенностью является сознательное использование в регуляторной деятельности. Используя их, человек предельно активно перерабатывает травматический опыт и ищет новые смыслы, что приводит его на путь развития и психического здоровья.
2. *Неконструктивные* (неадекватные, примитивные, незрелые) защитные механизмы, для которых характерна активность бессознательных процессов. Эти механизмы временно снижают душевную боль, но при этом искажают картину мира и делают невозможным преодоление травмы. К этой группе относятся:
  - а) защитные механизмы высшего уровня – вытеснение, рационализация, интеллектуализация, эмоциональная глухота;
  - б) защитные механизмы среднего уровня – уход в фантазию, религиозность, отрицание, проекция;
  - в) защитные механизмы нижнего уровня (примитивные) – обесценивание, идеализация, персонификация, проективная

идентификация, диссоциация.

Включение как конструктивных, так и неконструктивных защитных механизмов может осуществляться на разных этапах переживания травмы. Особенную роль в психической деятельности человека в момент травмы и на начальных ее этапах играют бессознательные, неконструктивные защитные механизмы. Например, в ситуациях физического и психологического насилия, противостоять которому человек не в силах, включение такого защитного механизма, как диссоциация, является очень эффективным для самосохранения.

Включение бессознательных защитных механизмов в аномальных для личности условиях является нормальным и общечеловеческим явлением. Так, В. Франкл, описывая шоковые реакции аномальных переживаний у заключенных немецких концлагерей, вызванных ужасом газовых камер, близостью смерти и нечеловеческими условиями жизни, подчеркивал, что только в результате включения такого защитного механизма, как диссоциация, заключенным удалось психологически выжить в первое время пребывания в лагере. Механизм диссоциации снижает уровень аффективных реакций, в результате чего все, что происходит вокруг, воспринимается лишь в приглушенном виде [13].

Но фиксация на неконструктивных защитных механизмах и далее приводит к серьезным психологическим и личностным нарушениям. Усложняет выход из травмы и длительное воздействие неконструктивных защитных механизмов высшего уровня, таких как вытеснение и приглушение (эмоциональная глухота) – сознательное или бессознательное избегание мыслей о том, что случилось. В результате невозможности полностью пережить травмирующее событие, возникает негативная фиксация на травме, что в последствии приводит к эмоциональной анестезии, невозможности переживать эмоции, особенно позитивного характера. Действие неконструктивных защитных механизмов может привести еще к одной патологии, описанной в литературе как «фрагментация жизни» - невозможность связать собственный опыт жизни в единое целое, в результате чего когда-то единый жизненный мир как будто бы раскалывается на отдельные, не связанные между собой части.

Задачей психолога, работающего с посттравматической личностью, является вывод клиента на конструктивные стратегии «психологического преодоления травмы». Для этого необходимо:

- разобраться с действием защитных механизмов личности;
- выявить неконструктивные защитные механизмы и ослабить их влияние;
- активизировать внутреннюю активность на «преодоление»;
- открыть доступ к внутренним ресурсам, которые обеспечивают адекватное психосоциальное функционирование.

*Психологическое преодоление* – индивидуальный способ



взаимодействия человека с травмирующей ситуацией в соответствии с логикой и значимостью ситуации в жизни и психологическими возможностями личности. Задачей психологического преодоления является восстановление психического равновесия. Существует два модуса психологического преодоления: решение проблемы и изменение собственных установок в отношении ситуации. В литературе существует большое количество классификаций видов и стратегий психологического преодоления. К основным из них относятся: отвлечение и активное избегание, компенсация, альтруизм, конструктивная деятельность, самоизоляция, поиск выхода и решение проблемы, обращение за поддержкой, принятие ситуации, юмор и ирония, религиозность, осмысление, возмущение и неприятие, жалость к себе, позиция «жертвы», эмоциональная разрядка, смирение и фатализм, бунт, самообвинение или поиск виновных, девиантное поведение, оптимизм и др. Обозначенные формы преодоления травмы связаны с тремя уровнями психики: поведением, эмоциями, когнитивными схемами.

К основным стратегиям преодоления относятся:

- оценка ситуации;
- вмешательство в ситуацию;
- избегание ситуации.

Существует три критерия эффективности психологического преодоления травмы, каждый из которых фиксирует изменения в определенной сфере:

1. Ситуационный критерий обозначает процесс преодоления завершенным, если ситуация для субъекта утрачивает свою негативную значимость.
2. Личностный критерий предполагает заметное снижение уровня невротизации личности и ее психосоматической симптоматики.
3. Адаптационный критерий связан с ослаблением чувства уязвимости к стрессам и повышением адаптационных ресурсов.

Процесс психологического преодоления травмы обуславливается полоролевыми стереотипами. Так, женский тип преодоления травмы преимущественно эмоциональный (экспрессивный), мужской – инструментальный, направленный на преобразование ситуации или ее перетолкование. Последний тип является более эффективным, так как предполагает не только изменение внешнего мира, но и изменение отношения к этому миру. Экспрессивный тип преодоления (выражение чувств) довольно успешным является при преодолении стрессов. Аффективное поведение считается признаком выздоровления, а замкнутость – тревожным признаком. Неконструктивными стратегиями являются: самообвинение, изоляция, девиантное поведение, позиция «жертвы»,

поиск виновных и др. Данные стратегии не приносят результатов ни по одному критерию эффективности.

*Психотерапия психических травм* использует следующие методы:

*1. Катартические.* Суть методов – эмоциональное отреагирование при повторном переживании травматического опыта и освобождение от болезненных симптомов. Понятие «катарсис» впервые ввел Аристотель и описал его как «очищение» души от отрицательных эмоций посредством просмотра театральных представлений. Сопереживая героям спектакля, зритель переживает различные подавленные и неотреагированные эмоции и освобождается от них. Прототипом катарсиса является христианская исповедь. Впервые катартическую технику с помощью гипноза применил Й. Брейер в конце 19 века при лечении истерии. Катартическая техника включает в себя обязательное расслабление пациента, а далее пациент в пассивном состоянии отдается спонтанным воспоминаниям и представлениям. Отреагирование происходит эмоционально через плач, крик, стон, ярость и через телесные симптомы: удушье, рвота, боль, спазмы и т. д. Классификация катартических методов:

- «терапия отравленного пера» Атанасова – написание писем, в которых выражаются чувства, но без отправления адресату;

- многократное пересказывание травматического события в расслабленном состоянии, желательно лежа с закрытыми глазами до тех пор, пока воспоминание травмы не будет вызывать никаких эмоций;

- «автологокатарсис» Атанасова - техника ускоренного отреагирования с помощью магнитофонных записей звуков человеческого страдания (плач, стон, вздохи, крики) при воспроизведении которых у пациентов очень быстро возникают аффективные реакции. Запись длится не более 15 минут, воспроизводится запись 1-2 раза в расслабленном состоянии пациента. Сеансы заканчиваются, когда пациент спокойно слушает магнитофонную запись;

- декапсуляция Челокова: с помощью гипноза человеку внушаются соматические и вегетативные проявления травмы (сердцебиение, потовыделение, учащение дыхания, дрожь в теле и т. д.) и человек вспоминает травматическое событие;

- искусственная репродукция аффективных переживаний по Крестникову, включает в себя: релаксацию пациента, внушение ему травматического эмоционального состояния, воспоминание травмы, повторное переживание, катарсис;

- методика репродуктивных переживаний Асатиани.

*2. Аутогенная тренировка* – метод, направленный на восстановление динамического равновесия организма, нарушенного в

результате стресса или травмы. Предложил этот метод для лечения неврозов в 1932 г. Иоганн Шульц. Длительность 3 месяца, 1-2 сеанса в неделю. Включает в себя две ступени:

- низшую – обучение пациентов приемам релаксации с помощью упражнений, направленных на вызывание ощущений в теле (ощущение тепла расслабляет сосуды, ощущение тяжести расслабляет мышцы), сосредоточению внимания на дыхании или сердечных ритмах. Итогом этого этапа являются шесть навыков: вызывать ощущения тяжести/ тепла в конечностях, нормализация сердечного ритма, нормализация ритма дыхания, вызывать ощущение тепла в эпигастральной области, вызывать ощущение прохлады в области лба;

- высшая – аутогенная медитация включает в себя вхождение в трансное состояние и внушение позитивной мыслеформы или упражнения сюжетного воображения (для формирования позитивного эмоционального состояния представляется определенный сюжет, например: сюжет самоутверждения, репетиция успеха, сюжеты природы).

Коллега И. Шульца Лутэ ввел в структуру метода два новых элемента: 1) аутогенную нейтрализацию отрицательных переживаний через визуализацию травматического события и повторение травматических переживаний (при этом пациенту необходимо наблюдать за возникшими сенсорными образами и рассказывать о них) и 2) аутогенную вербализацию – в расслабленном состоянии пациент рассказывает о травматических переживаниях до тех пор, пока ему нечего будет сказать.

*3. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движения глаз по Ф. Шапиро.* Новый метод был открыт в 1987 г. американским психотерапевтом Ф. Шапиро, в основе которого лежит техника десенсибилизации с помощью движения глаз, которое активизирует систему переработки информации. Идея этого метода такова: психическая травма – патологическая структура в основе, которой лежит непереработанная информация травматического опыта. Сама по себе травма нарушает систему переработки информации, поэтому информация сохраняется в виде травматического переживания и может привести к образованию симптома. Движение глаз запускает информационно - перерабатывающую систему и восстанавливает ее равновесие. Метод включает в себя два этапа: 1) десенсибилизацию; 2) когнитивное переструктурирование воспоминаний и личного отношения. Движение глаз проводят с максимальной скоростью от одного края визуального поля к другому, затем в обратную сторону (слева направо, справа налево, сверху вниз, снизу вверх, наискосок и по кругу) 24 – 36 раз. При появлении боли движения прекращаются. Терапевт держит два пальца вертикально на расстоянии 30 см. от лица клиента, который

следит за их движением. После движений глаз необходимо вербализовать чувства клиента. При осуществлении движений глаз необходимо держать во внимании травматическое событие. После упражнения проводится переоценка травматической ситуации, и оговариваются планы на будущее.

*4. Соматическая терапия травмы Питера Левина*, согласно концепции которого, травма – это, прежде всего нейрофизиологический процесс, а у человеческого организма есть внутренняя способность к саморегуляции, восстановлению внутреннего баланса и жизненности. В связи с этим базовым звеном работы с психической травмой является нормализация физиологических процессов в теле человека. Этот уровень является первичным доступом к травме, так как психическая травма вначале возникает на уровне физиологии и телесных ощущений. Проработка травматического содержания может быть эффективной в том случае, если устранена нейрофизиологическая основа травматических переживаний. Центральным звеном в терапии П. Левина является техника, которую он назвал «соматическим переживанием». Соматическое переживание предполагает процесс телесного осознания (контейнирования) ощущений и чувств, дающий человеку возможность трансформировать травму и превратить дезадаптивные телесные реакции в адаптивные. В результате переживаемое травматическое воспоминание приобретает определенные телесные границы и характеристики соматически воспринимаемых смыслов и чувств, что чрезвычайно важно для процесса психотерапии. Сознательная фиксация ощущений в теле – один из основных терапевтических приемов, помогающий добиться разрядки сконцентрированной энергии травмы. При этом восстанавливаются защитные и ориентировочные реакции, которые не были реализованы и завершены во время травматической ситуации. Травматические переживания сопровождаются, как правило, ощущениями сжатия, тяжести, холода, неподвижности, онемения, напряжения, дискомфорта. П. Левин указывает на то, что кроме травматических ощущений в теле человека находятся различные виды ресурсных ощущений, проявляющиеся как тепло, легкость, расширение, телесный комфорт и свобода. Поэтому в процессе психотерапии целенаправленное создание ресурсных ощущений в теле, фиксация на них внимания человека, всегда должны предшествовать работе с травмой. Работа в соматической терапии основана на сенсбилизации клиента к ощущениям в собственном теле и их отслеживанию с помощью вопросов: «Что Вы чувствуете в теле? В какой части тела Вы это чувствуете? Усилить это ощущение. Где оно начинается и где заканчивается? Куда оно движется и как меняется? Просто позвольте этому ощущению быть». В процессе работы выделяются последовательные циклы разрядки травматических переживаний, их

смена ресурсными состояниями и новые проявления травматических симптомов, требующих проработки. Отслеживание ощущений во время этих циклов регулируется терапевтом, но, по сути, сами циклы реализуют процесс естественной саморегуляции организма, нарушенный травмой. При этом конкретное содержание травматического события не имеет решающего значения, главное - переживание и отреагирование связанного с ним телесного симптома.

5. *Дебрифинг* является одним из вариантов кризисной интервенции и неотложной групповой психологической помощи при острой психической травме. При этой форме работы все внимание сосредотачивается на актуальной ситуации и актуальных переживаниях, а не на личности. Дебрифинг не является терапией и не преследует психотерапевтические цели. Он направлен лишь на минимизацию последствий психической травмы, поэтому он бывает довольно непродолжительным 6-10 сессий. Оптимальным для дебрифинга является период около 48 часов после полученной психической травмы, так как существует определенный отрезок времени, когда изменения в психике и нейронных цепях остаются обратимыми. Именно в этот период возможна их модификация с точки зрения содержания и интенсивности аффективных следов. Задача дебрифинга – обсуждение актуальных эмоциональных проблем и отторжение их актуальных переживаний, уменьшение вероятности развития отставленных реакций и отдаленных последствий, что достигается путем вербализации болезненных переживаний на фоне групповой поддержки.

Литература:

1. Бурлачук Л.Ф., Кочарян А. С., Жидко М. Е. Психотерапия: Учебник для вузов. – СПб.: Питер, 2003. – 472 с.
2. Василюк Ф. Е. Психология переживания. – М.: МГУ, 1984.
3. Дозорцева Е. Г. Психологическая травма у подростков с проблемами в поведении. Диагностика и коррекция. – М.: Генезис, 2006. – 128 с.
4. Калшед Д. Внутренний мир травмы: архетипические защиты личностного духа / пер. с англ. – М.: Академический Проект, 2007. – 368 с.
5. Магомед-Эминов М. Ш. Трансформация личности. – М.: Психоаналитическая ассоциация, 1998. – 496 с.
6. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. – М.: «МЕДпрес», 1998. – 592 с.
7. Пергаменщик Л.А. Кризисная психология: учеб. пособие. - Мн.: Вышш.шк., 2004. – 239 с.
8. Решетников М.М. Психическая травма. – СПб.: Институт Психоанализа, 2006. – 322 с.

9. Фенихель О. Психоаналитическая теория неврозов / Пер. с англ. – М.: Академический Проект, 2005. – 848 с.
10. Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции, - М., 1989.
11. Фрейд З. По ту сторону удовольствия // З.Фрейд, Очерки по психологии сексуальности: - Харьков «Фолио», 2000. – 381 с.
12. Фрейд З. Исследование истерии / / Фрейд З. Собр. соч.: В 26 т., Т.1. – Спб: Восточно\_Европейский Институт Психоанализа, 2005. – 464 с.
13. Франкл В. Человек в поисках смысла: введение в логотерапию // Франкл В. Доктор и душа. – Спб., 1997. – с 151-279.