

ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕРТВАМ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ

Филатов Ф.Р.

Статья посвящена проблематике травматических расстройств, возникающих вследствие различных экстремальных ситуаций. Анализируются специфические защитные реакции травмированной психики; сопоставляются бихевиоральные и психодинамические подходы к пониманию психической травмы. Предлагается модель поэтапной реабилитации жертв экстремальных ситуаций, обсуждаются базовые принципы и методы реабилитационной работы.

Ключевые слова: *посттравматическое стрессовое расстройство, диссоциация, регрессия, перенос, контрперенос, раппорт, десенсибилизация.*

Проблематика психической травматизации и дезадаптации личности в результате экстремальных ситуаций весьма обширна и разнообразна и в последние годы получила всестороннее освещение в работах, как отечественных, так и зарубежных исследователей (Александровский, Щукин, 1991; Брязгунов, 1999; Грининг, 1994; Калшед, 2001; Каменченко, 1993; Колодзин, 1993; Пуховский, 1992; Тарабрина, Лабезная, 1993; Thomb, 1994). Как показывает анализ научных источников, травматический опыт экстремальных ситуаций интерпретируется преимущественно в свете двух исследовательских традиций:

1) в свете бихевиорального подхода, при котором выделяются специфические симптомокомплексы, поведенческие дисфункции, реакции избегания и др. доступные внешнему наблюдению проявления травмы;

2) в свете психодинамического подхода (так наз. «глубинная психология травмы»), где главный акцент делается на диссоциативных интрапсихических феноменах, травматогенных фантазиях и травматических защитах, иными словами, проблематика травматизации рассматривается в ее внутриличностном аспекте.

В первом случае, когда заходит речь о психотравме и травматическом опыте, как правило, перечисляются наиболее распространенные симптомы, которые являются своеобразным откликом раненой души на травмирующие события (Колодзин, 1993; Thomb, 1994). Эти симптомы представляют собой наблюдаемые, распознаваемые по конкретным признакам дисфункции поведения и реагирования на окружающий мир (Александровский, Щукин, 1991; Каменченко, 1993; Пуховский, 1992; Тарабрина,

Лабезная, 1993). Действие травмы сравнивают с внутренним взрывом, дестабилизирующим личность, нарушающим ее привычные и устойчивые связи с миром, дезорганизирующим поведение. Результаты этого потрясения – симптомы избегания, «флэш-бэки», вторгающиеся симптомы и т.д. – и попадают в поле диагностики. Травматические расстройства на уровне поведения и взаимодействия с социальным окружением приводят к психической дезадаптации, среди различных форм которой выделяются: тревожно-астеническая, депрессивно-тревожная, стенично-девиантная, ригидно-агрессивная, истероаффективная и др.

Дезадаптивные формы поведения, обусловленные факторами травматизации, стали предметом систематического изучения уже в первой половине прошлого века. Первоначально внимание исследователей было привлечено к тяжелым психологическим последствиям военных действий. Уже во время Первой Мировой Войны наблюдения клиницистов – психиатров, кардиологов, невропатологов – позволили не только выделить и описать отдельные симптомы расстройств, инициированных боевыми действиями («шок от взрыва», «сердце солдата» и т.д.), но и сгруппировать их в специфические нозологические единицы («военная травма», «военная усталость», «военный невроз»). В 1941 г. А. Кардинер ввел в профессиональный обиход понятие «физионевроз» [12], а уже во второй половине XX века появляются термины «вьетнамский синдром», и, несколько позднее, в советском и постсоветском пространстве – «афганский» и «чеченский» синдромы. Вместе с тем, травмы катастроф и стихийных бедствий длительное время оставались без должного внимания специалистов, что, возможно, связано со стремлением крупных

компаний и корпораций уклониться от компенсации психологического ущерба, нанесенного их клиентам в результате техногенных чрезвычайных происшествий. Так, неврологические травмы, вызванные пожарами и транспортными катастрофами (например «спина пассажира»), вплоть до середины XX века оценивались как «вымысел», симуляция, направленная на получение денежного возмещения ущерба (так наз. «невроз компенсации»). Очевидно, что такая установка тормозила исследование форм и факторов травматизации в «гражданских» условиях, по сравнению с достижениями военной психологии и психиатрии.

Одновременно со становлением поведенческой психологии травмы интенсивно развивался психодинамический подход к изучению травматических нарушений психики. По мнению сторонников этого подхода, важно исследовать не только внешние проявления травматизации, например, различные формы дезадаптивного поведения, нарушения общения, психосоматические расстройства, но и то, что Дональд Калшед назвал «*внутренним миром травмы*» [4]. Это область травматической фантазии, сфера действия травматических защит, которые находят отражение в образах, сновидениях, многочисленных способах символизации болезненного опыта, в специфических паттернах переживаний и отношений к миру. Только доступ к этому богатому аффективному и символическому материалу, скрытому за поверхностной мозаикой симптомов, может обеспечить глубинную проработку травмы и реинтеграцию травмированной психики. Попытка построить психологическую помощь лишь по принципу снятия симптомов, анестезии душевной боли и реадaptации к социальному окружению едва ли достигнет успеха, поскольку такой подход, предполагающий взгляд извне, без погружения в глубины индивидуального опыта травмы, не учитывает один из мощнейших факторов травматизации – травматогенный эффект неосознаваемых фантазий.

Источником травмы является не только объективное травмирующее событие, но также имажинативная активность психики, формирующая на основе пережитого однажды страшную и фантастическую картину мира, населенного враждебными, угрожающими сущностями, лишенного стабильности и безопасности и не заслуживающего доверия.

Одним из парадоксов функционирования «поврежденной» психики является формирование *внутреннего механизма самоповреждения и самотравмирования*, который проявляется в работе травматической фантазии и приводит к повторной травматизации [4]. Иными словами, интрапсихические защитные механизмы, призванные обеспечивать самосохранение и стрессоустойчивость личности, под действием

травмы начинают функционировать в патогенном режиме. С этим феноменом связано представление о множественности травмы: травмируют не только воспоминания, но и навязчивые образы, повторяющиеся ночные кошмары, деструктивные «внутренние объекты», проекции которых подменяют впечатления внешнего мира.

Следствием психотравмы становится *фрагментация психики* и утрата целостности, когда психическая реальность в силу действия защитных механизмов распадается на изолированные фрагменты. Одни отколовшиеся части Самости отражают болезненный опыт, и потому «изгоняются» из сознания, а затем систематически вторгаются в него под маской всевозможных устрашающих и деструктивных образов. Другие связываются с недифференцированными, инфантильными переживаниями, имевшими место до травмирующего события, и провоцируют регрессивные тенденции, такие как слияние со значимым другим, обеспечивающим покровительство и защиту, «магическое мышление» и т.д. Психические элементы второй группы часто обозначаются метафорой «внутреннего ребенка». Наконец, отдельные компоненты психики выполняют функцию Суперэго, интериоризованного Обвинителя, подавляя и пресекая любые спонтанные проявления и сильные переживания, грозящие повторением травмы, продуцируя чувство вины и постоянно атакуя сознательное Я [4].

Травма диссоциирует, расслаивает и поляризует психику субъекта, различные подструктуры которой начинают функционировать несогласованно, следуя противоположным паттернам и разнонаправленным векторам развития. Избегание травмирующих переживаний и их навязчивое повторение; настороженность, гиперконтроль над ситуацией (с целью предотвращения новых травм) и регрессивные реакции, связанные с отрицанием травматического опыта, стремлением его аннулировать; потребность заглушить, «анестезировать» боль и аутоагрессия, причинение себе новой боли – таковы полярные тенденции, болезненные движения «раненой» души.

В процессе глубинно-психологической работы с травматическим опытом выявляется ряд специфических *внутренних реакций на травму*. Среди них отметим следующие.

Психологическая «инкапсуляция» травмы и отчужденность; стремление защитить хрупкий внутренний мир от интенсивных и потенциально разрушительных воздействий мира внешнего.

Интрапсихическое расщепление по шизоидному типу, при котором, как отмечал Ш. Ференци, Эго «раскалывается» на две полярные и разобщенные составляющие: отстраненный, наблюдающий за всем со стороны разум и тотально бесчувственное, отчужденно воспринимаемое тело [4].

Неосознаваемый запрет на переживание любых интенсивных эмоций и, как следствие, эмоциональная оглушенность.

Ангедония, неспособность испытывать яркие позитивные эмоции и получать удовольствие в любой его форме (затруднен доступ к эмоциональным ресурсам).

Острое чувство вины / стыда (например, характерная для свидетелей массовой гибели людей «вина выжившего» [7]; чувства вины и стыда, возникающие у жертв сексуального насилия по принципу самонаказания: «Я сама виновна в том, что со мной случилось такое», «Подобного достойны лишь такие гадкие люди, как я»).

Из широкого спектра аутоагрессивных реакций выделяется *стремление «анестезировать» острую душевную боль новой, менее интенсивной болью* (которое проявляется, например, в часто повторяющихся случаях самоповреждения).

Периодически вторгающиеся в повседневную жизнь сознания *обсессивные переживания иррационального страха, ночные кошмары, страшные образы и воспоминания* и т.д., вплоть до случаев *повторной травматизации* (в их основе – описанный З. Фрейдом механизм навязчивого повторения) [10].

Деструктивные и танатические фантазии, достигающие уровня выраженных *суицидальных тенденций* (образы «конца света», фантазирование на тему собственной смерти и т.д.); неосознанное желание смерти, как состояния безразличия к ужасам жизни: «Я не испытываю страх или наносимую мне боль, поскольку вообще не существую».

Агрессивные реакции, возникающие вследствие бессознательной *идентификации с агрессором* (в силу запрета на переживание любых интенсивных эмоций, кроме тех, которые характерны для агрессора и потому безопасны).

Регрессивные реакции, основанные на отрицании травматического опыта; стремление вернуться к беспроblemности существования до травмы, к «невинному сознанию» и нарциссическому состоянию ребенка (которое становится идеалом утраченного после травмы психологического «рая»).

Под влиянием вышеописанных защитных реакций травмированной психики, социальные и личностно значимые (в частности, психотерапевтические) отношения травмированного субъекта строятся на основе патогенного биполярного паттерна «неизбежное насилие – покорное бессилие». Поскольку эмоциональная сфера травмированного субъекта характеризуется амбивалентностью, в его опыте представлены как виктимные, так и садистические переживания. Однако в ходе взаимодействия одна из этих полярных составляющих травматического опыта проецируется на партнера по общению, что

и определяет патогенный характер устанавливаемых с ним отношений.

Наряду с интрапсихической диссоциацией, которая проявляется в психотерапевтической работе и психотерапевтических отношениях, наблюдается также расщепление образа психотерапевта. При этом, согласно Б. Килборну [6], психотерапевт воспринимается и переживается пациентом либо как беспомощный и неэффективный человек, достойный сочувствия и не способный защитить своего клиента от повторного переживания боли, либо как садист-агрессор, стоящий на позиции силы, бравирующий своим превосходством, всезнанием и всемогуществом и, в результате, наносящий повторную травму клиенту. Аналогичное расщепление может наблюдаться и в контрпереносе: сам терапевт либо чувствует себя неэффективным и беспомощным, коря и обвиняя себя в том, что в ходе очередного сеанса не удалось уменьшить боль и принести клиенту облегчение; либо испытывает раздражение в связи с «пробуксовкой» психотерапии, агрессию к пациенту, который шантажирует и изматывает его, стремление освободить пациента от повторяющихся травматических переживаний мощным провокативным воздействием, которое чревато усилением исходной симптоматики [6].

С учетом указанных трудностей, могут быть сформулированы *общие принципы психологической помощи* травмированному субъекту.

Эмпатия и соучастие. Травматические защиты отличаются высокой сопротивляемостью к изменениям и поддаются преобразованию лишь под влиянием глубинных терапевтических отношений, основанных на доверии и эмпатии. Только когда клиент чувствует надежность и защищенность в терапевтических отношениях, т.е. когда эти отношения выполняют витальную функцию защиты его душевной и духовной целостности, защитный «панцирь» травмированной психики становится проницаемым для исцеляющего контакта и взаимодействия.

Фокусировка на внутриличностных (интрапсихических) аспектах травмы, наряду с анализом ее поведенческих, социально-психологических и психосоматических особенностей. Залогом успеха в работе с травмированным клиентом является не только умение диагностировать симптомы и нарушения, реконструировать биографический контекст травматизации, выявлять психологически понятные взаимосвязи между травмирующими факторами и поведенческими реакциями на них. Важную роль играет также способность к пониманию «внутреннего мира травмы», т.е., связанных с ней переживаний, фантазий, защит, мировоззренческих проблем, индивидуальных способов преодоления. Этот принцип можно также обозначить как «присоединение»

к субъективной психической реальности травмированного клиента.

Фокусировка на актуальном состоянии (травматическом переживании) клиента без поспешных и преждевременных попыток реконструкции его жизненной истории или травматической ситуации. Облегчение актуального болезненного состояния должно предшествовать диагностическим и аналитическим процедурам.

Акцентирование ресурсной составляющей травматического опыта, интерпретация травматического события как испытания, повышающего жизнестойкость его участника.

На более поздних этапах *проработка патогенного материала вместо поспешной «анестезии боли»*, к которой подталкивают специалиста тревога, неосознанное чувство вины или стереотипы спасательства. Еще З. Фрейд отмечал, что продиктованное состраданием желание минимизировать боль может увести специалиста от более тщательной и глубокой проработки травматического опыта, без которой не достигается его ассимиляция. Как и в медицине, в психотерапии «обезболивание» не означает исцеления; более того определенное значение имеет «работа боли»: психотравмой важно повторно «переболеть» в условиях психологической защищенности и поддержки.

Систематический анализ реакций «переноса – контрпереноса», выявление стереотипов спасательства и профилактика профессионального сгорания специалиста. Риск повторной травматизации в рамках психотерапии требует от специалиста чуткого внимания к ситуации взаимодействия с клиентом, понимания его реакций и собственных внутренних откликов на них, тщательного исследования всей системы психотерапевтических отношений. Кроме того, анализ реакций «переноса – контрпереноса» является одним из важных способов психопрофилактики профессионального сгорания.

Толерантность к проявлениям боли и агрессии со стороны клиента, ко всей терапевтической ситуации в целом, которая часто оказывается сложной, эмоционально-перегруженной и даже травматичной для самого психолога. Это также означает способность быть, справляться и работать со своим контрпереносом, сохранять профессиональное и личностное присутствие при любой глубине и сложности терапевтических отношений с клиентом. Толерантность специалиста, работающего с травматическим опытом, определяется умением поддерживать баланс между профессиональной нейтральностью и столь необходимыми проявлениями общечеловеческой способности к эмпатии.

В работе с травматическим опытом необходимо придерживаться определенной последовательности

реабилитационных процедур, которую можно представить в виде следующей поэтапной схемы.

Раппорт – установление доверительного контакта с травмированным субъектом, создание атмосферы защищенности, открытости и сотрудничества, определение оптимального темпа и наиболее приемлемой формы взаимодействия. На данном этапе используются техники «присоединения», подстройки к психофизиологическим, психодинамическим и коммуникативным особенностям конкретного пострадавшего субъекта. Кроме того, осуществляется информирование пострадавшего на доступном ему языке о целях и задачах реабилитационной работы и ее планирование, что снижает тревогу и неопределенность, подкрепляя надежду на выздоровление.

Релаксационный тренинг; основная задача на данном этапе – обеспечение эмоционального комфорта и релаксации методами аутогенного погружения и телесно-ориентированной психотерапии. Систематическая тренировка способствует выработке и закреплению навыков произвольной саморегуляции, которые выполняют важнейшую функцию в процессе совладания с травматическим опытом, поэтому релаксационно-трансовые упражнения могут эффективно применяться и на последующих этапах, на протяжении всей реабилитационной работы.

Активизация позитивных (ресурсных) переживаний; использование ресурсов воображения и эмоциональной памяти для формирования ярких «ресурсных» образов, ассоциированных с позитивными эмоциями и чувством уверенности в себе.

Обучение простейшим приемам релаксации и активизация позитивных внутриличностных (или, в случае групповой работы, межличностных, внутрigrупповых) ресурсов, наряду с установлением раппорта составляют важнейшую предварительную ступень реабилитации, предшествующую глубинной проработке травматического опыта. Не рекомендуется приступать к детальному обсуждению травматического инцидента, не обеспечив пострадавшему лицу возможность минимизировать негативные переживания за счет использования навыков разблокирования на телесном уровне и обращения к интрапсихическим ресурсам.

Проработка патогенного травматического материала методами поведенческой, имагинативной и суггестивной психокоррекции, психосинтеза, гештальт- и арт-терапии, при постоянном поддержании позитивного («ресурсного») состояния. Основные задачи: максимальная вербализация невыраженных и отсроченных переживаний, их проработка, катарсис. В работе на данном этапе доказали свою эффективность методы систематической десенсибилизации, визуально-кинестетической диссоциации, десенсибилизации и переработки движениями глаз,

по Ф. Шапиро (ДПДГ) [11] и др.

Гармонизация эмоционально-волевой сферы методами творческого самовыражения: арт-терапевтические занятия, призванные обеспечить постепенную интеграцию эмоциональных переживаний, актуализированных в процессе реабилитационной работы (например, свободный рисунок под музыку, серийное рисование и др.).

Восстановление позитивной жизненной перспективы; в задачи этого этапа входят:

- прояснение жизненных целей и представлений о будущем;
- визуализация ресурсных состояний и позитивных картин будущего;
- укрепление позитивного самопредставления (образа «Я»);
- формирование «образов достижения» и устойчивой мотивации к достижению успеха в будущем (как альтернативы защитной мотивации избегания);
- отработка в тренинге конкретных моделей успешного адаптивного поведения и взаимодействия со значимыми Другими в будущем.

На этом этапе могут также использоваться нарративные методы – техники работы с жизненной историей (например, просмотр «кинофильма о моей жизни» с предложением в финале войти в роль режиссера «следующих серий»). Учитывая диссоциативный характер травматических расстройств, необходимо использовать интегративные техники психокоррекции, в частности, методы психосинтеза, психотерапевтические метафоры и притчи.

Ретроспекция, подведение итогов реабилитационной работы: упражнения, направленные на закрепление и интеграцию позитивного опыта, приобретенного в ходе занятий (например, изображение в форме мандалы, которое выражает наиболее важные позитивные аспекты, инсайты и достижения терапии и может служить для субъекта своеобразным символическим талисманом или визуальным «якорем»).

Поскольку травматическое расстройство одного из членов семьи затрагивает и нередко деформирует всю систему внутрисемейных отношений, становясь системным симптомом, наряду с индивидуальными психокоррекционными занятиями

представляется целесообразной работа с семьей пострадавшего в парадигме системного подхода. Сотрудничество с родственниками пострадавшего субъекта и интеграция взаимодополняющих методов коррекции позволяют создать единую реабилитационную среду, в которой постепенно восстанавливаются доверительные и конструктивные отношения человека с миром.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А., Шукин Б.П. Психические расстройства во время и после стихийных бедствий и катастроф / Журнал невропатологии и психиатрии. – 1991. – № 5. – С. 39–43.
2. Брызгунов И.П. Посттравматическое стрессовое расстройство. – М.: Наука, 1999. – № 58.
3. Грининг Т. Посттравматический стресс с позиций экзистенциально-гуманистической психологии / Вопросы психологии. – 1994. – № 1. – С. 94–96.
4. Калшед Д. Внутренний мир травмы. Архетипические защиты личностного духа. – М.: Академический Проект, 2001.
5. Каменченко П.В. Посттравматическое стрессовое расстройство. – Журнал невропатологии и психиатрии. – 1993. – № 3. – С. 95–99.
6. Килборн Б. Когда травма поражает душу: стыд, расщепление и душевная боль / Журнал практического психолога. – № 1-2. – 2001.
7. Колодзин Б. Как жить после психической травмы. – М.: «Шанс», 1993.
8. Пуховский Н.Н. Психопатология антропогенных катастроф / Медицина катастроф. – 1993. – № 1. – С. 69–77.
9. Тарабрина Н.В., Лабезная Е.О. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние проблемы / Психологический журнал. – 1992. – Т. 12. – Вып. 2. – С. 14–29.
10. Фрейд З. По ту сторону принципа удовольствия. // Фрейд З. Психология бессознательного. – М.: «Просвещение», 1990.
11. Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движения глаз. – М.: «Класс», 1998.
12. Thomb D.A. The phenomenology of Post-Traumatic Stress Disorder – Post-Traumatic Stress Disorder. The Psychiatric Clinics of North America, Vol. 17. – N 2. – 1994.