

Лекция 6

ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМА

Определение

В настоящее время понятие «психическая травма» определяется как глубоко индивидуальная реакция на то или иное, как правило, трагическое или чрезвычайно значимое для личности событие, вызывающее чрезмерное психическое напряжение и последующие негативные переживания, которые не могут быть преодолены самостоятельно и вызывают устойчивые изменения состояния и поведения.

История появления термина

Понятие психической травмы впервые появилось в научной литературе в конце XIX века, но ее признание в качестве самостоятельной формы психического страдания растянулось почти на 100 лет, а дискуссия вокруг этой проблемы была настолько захватывающей, что заслуживает отдельного изложения и анализа.

Гипотеза о психогенном происхождении некоторых психических расстройств была сформулирована выдающимся французским психиатром Жаном-Мартеном Шарко еще в начале 1880-х годов при исследовании истерических параличей и парезов. В этот период уже было хорошо известно, что нарушения в чувствительной и/или двигательной сфере, возникающие вследствие физических травм, обусловлены повреждением нервных волокон. Эти нарушения имели четкую локализацию — только на область нарушенной иннервации — и в последующем оставались стабильными. В отличие от этого психогенные параличи оказывались совершенно не связанными с зонами иннервации, а поражали те или иные органы так, как они были представлены в обыденном сознании пациентов, то есть страдали не те или иные зоны чувствительно-двигательной иннервации, например руки или ноги, а рука или нога — как целое. При этом такие параличи то появлялись, то исчезали, они могли успешно излечиваться внушением, а также искусственно вызываться с помощью гипноза.

Однако ни сам Шарко, ни большинство других психиатров в то время не придали этому феномену существенного значения. Причина такого невнимания носила сугубо мировоззренческий характер. В этот период в психиатрии

практически безраздельно господствовали примитивно-материалистические представления о том, что все психические расстройства, так же как и соматические болезни, могут вызываться только физическими травмами, токсинами или инфекциями. Эти идеи, благодаря авторитету выдающегося психиатра Эмиля Крепелина, были постулированы как единственно верные и на столетие определили трагический для психиатрии отказ от лежавших в ее основе на-иболее продуктивных психологических концепций.

Эмиль Крепелин был выдающимся учеником гениального психолога Вильгельма Вундта, и вначале он пытался создать свою концепцию психиатрических расстройств на основе методов экспериментальной психологии. Его самый известный труд «Введение в психиатрическую клинику» (1900) до настоящего времени остается одним из самых ярких психологических описаний различных форм психопатологии. Однако, как отмечали позднее историки психиатрии, в последующих изданиях его книги психология занимала хотя и почетное, но чисто декоративное место — это была психология без души, в том числе без души самого Крепелина, интересы которого обратились в совершенно иную сторону. В целом следует признать, что попытки найти какие-то анатомические, инфекционные или биохимические факторы, приводящие к развитию психопатологии, предпринимаются до настоящего времени, несмотря на отсутствие сколько-нибудь значимых результатов. Сосредоточившись на изучении мозга как субстрата мышления, ученые сделали крупнейшую методическую ошибку, так как представления о том, что мы думаем головным мозгом, имеют такое же основание, как и заключение, что «мы ходим спинным мозгом», выводимое из того, что все двигательные импульсы замыкаются именно на этом уровне.

Содержание понятия «психическая травма»

Зигмунд Фрейд в своих подходах намного опережал современные ему представления, и, скорее всего, именно поэтому его идеи так трудно входили в психиатрическую науку и практику. Стажируясь в Париже в клинике у Шарко (1885), он увлекся идеей психической травмы, и затем в течение нескольких лет занимался изучением этой феноменологии.

В монографии «Исследование истерии» (1895) Фрейд обосновывает: само собой разумеется, что термин «травматический» предполагает, что тот или иной симптом или синдром вызван именно психической травмой, при этом травматическое воздействие может оказать любое событие, которое вызывает мучительное чувство ужаса, страха, стыда или душевной боли. Еще более значимым является следующее уточнение автора: приобретает ли это событие характер травмы, зависит от «индивидуальной восприимчивости». Как будет показано далее, это положение будет официально признано медицинской и психологической наукой только в 1980 году.

В этой же работе обосновывается, что травма не всегда проявляется в чистом виде как болезненное воспоминание или переживание о конкретном событии. Она становится только возбудителем «болезни» и вызывает, казалось бы, никак не связанные с психической травмой психопатологические симптомы. В качестве таких симптомов автором упоминаются тики, заикание, нарушения сна, навязчивые представления, фантазии или действия, снижение энергичности и ограничение интересов и т. д. Затем этот симптом, который может вообще никак не указывать на предшествующую психическую травму, обретает самостоятельность и может оставаться неизменным в течение всей жизни. Далее Фрейд проводит аналогию между травмой психической и физической, в частности, он пишет: «психическая травма или воспоминание о ней действует подобно чужеродному телу, которое после проникновения вовнутрь [психики] еще долго остается действующим фактором».

Описывая автономные механизмы и специфику психодинамики психической травмы, автор отмечает, что, с одной стороны, кажется удивительным то, что даже очень давние переживания могут оказывать столь ощутимое воздействие, а с другой — что воспоминания о них с годами не становятся менее значимыми или менее болезненными. Одновременно с этим указывается, что в норме любое (даже самое негативное) воспоминание постепенно блекнет и лишается своей аффективной составляющей, но снижение остроты переживаний существенно зависит от того, последовала ли сразу после травматического воздействия энергичная реакция на него или же для такой реакции не было возможности или она была вынуждено подавлена.

Индивидуальные психические и поведенческие реакции на травму имеют чрезвычайно широкий диапазон отреагирования: от немедленного до отставленного на многие годы и даже десятилетия, от обычного плача по утрате до жестокого акта мести обидчику. Но только когда удастся отреагировать событие в достаточной и индивидуальной для каждого мере (в том числе — в процессе психотерапии), аффект постепенно убывает. Фрейд характеризует это выражениями «выплеснуть чувства» или «выплакаться». При этом особенно подчеркивается, что оскорбление, на которое удалось ответить хотя бы на словах, припоминается иначе, чем то, которое пришлось стерпеть, так как язык служит для человека суррогатом поступка (и именно на этом феномене основана экстренная психологическая помощь, ее отставленные варианты и психотерапия в целом).

Все эти данные были получены в процессе изучения последствий детской психосексуальной травмы, которое было воспринято (достаточно пуританским) научным сообществом XIX века весьма скептически. В настоящее время особая патогенность такой травмы является общепризнанной, так как при нанесении такой травмы (особенно со стороны значимого взрослого) ребенок оказывается уязвленным в своих самых светлых чувствах, при этом

именно тем взрослым, от которого он в первую очередь мог бы ожидать любви и защиты.

Качественно новое звучание теория психической травмы приобретает в период Первой мировой войны, когда сразу несколько выдающихся психопатологов поставили вопрос о травматическом неврозе, причем — сразу с признанием сугубо психологического происхождения последнего (то есть — без какого-либо анатомического субстрата, гистологических изменений, предшествующей интоксикации, инфекционного или травматического повреждения мозговой ткани). В целом следовало бы признать, что до этого понятия психической травмы в официальной науке фактически не существовало.

Концепция вытеснения травматических переживаний

Здесь нам придется еще раз обратиться к достаточно сложному феномену психологической защиты, получившему наименование «вытеснение». Когда личность получает мощную психическую травму и оказывается не в состоянии перенести эти трагические, ужасные, непонятные, неизвестные и в ряде случаев даже чуждые ей переживания, они как бы вытесняются из памяти и сознания. Чаще всего вытеснению подвергаются именно те чувства, которые оказываются для конкретной личности настолько мучительными, что о них просто нельзя постоянно помнить, но и забыть невозможно. Поэтому, повторим еще раз, с помощью защитных механизмов они вытесняются из актуальной памяти и сознания, но остаются присутствующими в психике. Здесь мы имеем некий вариант переноса выдающегося открытия в области физики в психологию, в частности закона сохранения энергии, которая никогда никуда не исчезает, а только преобразуется из одних форм ее существования в другие (например, из электрической в тепловую или наоборот и т. д.). По аналогии с этим Фрейд вводит понятие «сохранение психических содержаний», которые также никуда не исчезают, а лишь преобразуются в другие формы. В результате таких преобразований тех или иных переживаний возникают те или иные психические или даже психосоматические симптомы, например: тики, заикание, нарушения сна, депрессии и т. п., которые, казалось бы, никак не манифестируют собой содержание явившихся их причиной травматических переживаний. *И в этом состоит главное отличие понятия симптома в медицине и в психоанализе. Симптом просто говорит о каком-то душевном неблагополучии, но, в отличие от соматической медицины (например, боли в печени или в сердце), никак не указывает на его причину и «локализацию» в психике.*

В принципе, любое непереносимое аффективное переживание может трансформироваться в симптом, как психопатологический, так и связанный с тем или иным органом. Последний психологический феномен получил наименование

соматизации и/или конверсии. Позднее эти представления были существенно расширены, и в настоящее время общепризнано, что если культура или социум запрещают людям предъявлять их психические страдания, они начинают замещаться соматическими симптомами со стороны различных внутренних органов, так как любое страдание вызывает потребность предъявления своих жалоб кому-то другому. Этот психологический феномен известен как психологическая потребность в отторжении мучительных воспоминаний или переживаний. Считается, что наиболее часто этот вариант «конверсии» встречается в тоталитарных сообществах, но в целом, по данным Всемирной организации здравоохранения, до 40% пациентов, которые обращаются за помощью к врачам общей практики с теми или иными жалобами на здоровье, не нуждаются ни в какой медицинской помощи, кроме психологической. То, что мы и наши коллеги делаем в процессе психотерапии, также во многом базируется на идее необходимости предоставления пострадавшим максимальной возможности для отторжения воспоминаний и «выплескивания» аффекта. Обычно для этого требуется достаточно длительная работа, направленная на преодоление сопротивления и выявление вытесненного материала, чтобы затем, как уже неоднократно отмечалось, сделать бессознательное сознательным, проработать (оплакать иотреагировать) травму и сделать ее обычным прошлым.

Навязчивое возвращение и фиксация травмы

Изложенные выше идеи получили дальнейшее развитие в работе Фрейда «По ту сторону принципа удовольствия» (1920). В частности, сравнивая травматические неврозы мирного и военного времени, Фрейд констатирует, что в случае, когда психическая травма сочетается с физической (например, ранением), вероятность появления невротической реакции оказывается гораздо меньше. Достаточно важными представляется также идея «*навязчивого возвращения*»¹ к психотравмирующей ситуации и фиксации на травме, что проявляется в постоянных воспоминаниях и сновидениях, связанных с психической травмой. Этот феномен объясняется тем, что после пассивной роли, в которой человеку пришлось что-то пережить, в своих воспоминаниях он «ставит себя в активное положение», делается как бы властелином ситуации, предотвращает или преодолевает ее или даже удовлетворяет чувством мести за пережитое страдание. Этот тезис следует дополнить мощным регрессом к *магическому типу мышления*, яркость которого широко варьируется, но одним

¹ «Навязчивое возвращение» не следует путать с «навязчивым повторением», когда субъект проявляет бессознательную склонность следовать одним и тем же стратегиям поведения, выбором аналогичных сексуальных или семейных партнеров, даже несмотря на то, что у него уже имеется негативный или даже травматический опыт, связанный с такими действиями и ситуациями.

из наиболее демонстративных примеров является получившая трагическую известность искренняя вера некоторых матерей Беслана в возможность восхождения их детей.

Психодинамика травмы

Психическая травма может вызываться не только внешними событиями, но и путем интрапсихической трансформации тех или иных фантазий или переживаний, даже при полном отсутствии внешних стимулов. Но когда травматический процесс уже запущен, и в том и в другом случае начинается внутренняя работа психики, и этот процесс имеет свою специфику и динамику. Во-первых, психика трансформирует внешнюю травму во внутреннюю «самотравмирующую силу»; во-вторых, происходит малигнизация («озлокачествление») защит, которые из системы самосохранения психики превращаются в систему ее самоуничтожения, поэтому обращение к рациональной части психики оказывается весьма затруднительным, а нередко — даже через десятилетия после полученной психической травмы — предельно бесполезным. В ряде случаев психическая жизнь пострадавших в результате мощных психических травм редуцируется до минимальных или стереотипных реакций, наиболее ярко проявляющихся в утрате смыслов.

В задачи этой главы не входит описание психологических защит, поэтому лишь отметим, что эти психические структуры частично предопределены генетически, а частично формируются в процессе воспитания и жизни. Важнейшей формой защиты является уже упомянутое вытеснение, то есть перевод неприемлемых для личности психических содержаний из сознательной сферы в бессознательное и удержание их там. Эта форма защиты иногда определялась как «универсальное средство избегания конфликта», когда неприемлемые воспоминания, мысли, желания или влечения вообще устраниаются из сознания (но они все равно остаются в психике).

Когда стандартные варианты защиты не срабатывают, проявляется «вторая линия защит», так называемые примитивные защиты, основное предназначение которых состоит в том, чтобы непереносимая травма вообще не была пережита, то есть происходит не переработка неприемлемой реальности, а уход от нее. В этих случаях мы сталкиваемся с проявлениями таких симптомов, как аутизм, трансовые состояния, множественные идентичности или расщепление личности, вплоть до шизофренического спектра. Одной из самых мощных психических травм является смерть любимого ребенка, поэтому именно на этой феноменологии мы остановимся более подробно, но при этом будем постоянно помнить, что аналогичные механизмы в той или иной степени проявляются и при всех других психических травмах.

Вторичные психические травмы

До бесланской трагедии (1.09.2004), когда террористами во время торжественной линейки, посвященной началу учебного года, было захвачено более 1100 заложников, а в процессе штурма погибло 186 детей, считалось, что утрата ребенка — это весьма редкое травматическое событие. Кроме того, даже единичные случаи трагической гибели детей в отечественной психологии долгое время фактически не исследовались. Сказывались, вероятно, и этические моменты, и ощущение стыдливости и даже некоторой брезгливости, которые все мы испытываем при соприкосновении с интимным переживанием горя. Как заметил в свое время Фрейд, люди предпочитают отстраняться от горя, как если бы оно было каким-то заразным заболеванием.

Но вначале нужно обратиться к некоторым психологическим механизмам любви и привязанности. Когда человек кого-то любит, он частично *инвестирует* («кладывает») свои чувства и энергию в любимый объект, но при этом в такой же степени (в силу естественного для каждого нарциссизма) — он *интроецирует* («поглощает» или вводит) любимый объект в собственное психическое пространство, и таким образом происходит расширение и, можно сказать, обогащение личности. Утрата такого дорогого объекта, как ребенок, неизбежно включает механизмы его инкорпорации (психического «поглощения» и удержания его образа), при этом родитель на какое-то время, а иногда навсегда частично идентифицируется с этим утраченным объектом, что позволяет временно заполнить «пустоту» и отражает попытку восстановить нарушенное равновесие. Французский психоаналитик М. Торок чрезвычайно образно характеризует эту трагическую ситуацию: «Не имея возможности устранить мертвого [из сознания] и решительно признать “его больше нет”, скорбящий становится им для себя самого, давая себе тем самым время малопомалу и шаг за шагом проработать последствия разрыва».

В процессе работы с психическими травмами родителей, утративших детей, специалисты нередко встречаются с ситуациями, когда на их вопросы отвечает не пациент, а инкорпорированный объект (утраченный ребенок). В некоторых случаях это происходит в абсолютно явной форме — выслушав вопрос, адресованный к нему, пациент отвечает: «Он бы вам ответил так...» — совершенно не замечая, что говорит от имени другого лица. Андре Грин в своей работе «Мертвая мать» (1980) подробно анализирует внутреннюю картину такого варианта родительского страдания. Поясняя наименование этой работы, автор отмечает, что в данном случае «мертвая мать — это мать, которая осталась в живых после смерти ее ребенка, но в глазах оставшихся детей, о которых она должна заботиться и давать им психологическую подпитку, она — мертва психически. Ее другие (выжившие) дети, особенно младшего возраста, еще не воспринимают смерть сколько-нибудь осознанно и трагически. Поэтому у ре-

бенка, до этого чувствовавшего себя центром материнской вселенной, нет никакого объяснения произошедшим переменам, и он воспринимает состояние матери как следствие своей вины или как следствие ее разочарования в нем, вплоть до *паранойальных фантазий* («Я настолько плох, уродлив, отвратителен, мерзок, что меня невозможно любить»).

Механизм репарации вторичной травмы

В этой ситуации ребенок предпринимает сотни безуспешных попыток репарации (возвращения) «утраченной» матери. Эти попытки реализуются бессознательно, но могут приобретать патологические формы (такие как *ажитация*, *бессонница*, *ночные страхи*). В случае, если эти попытки не привлекают внимания матери, ребенок прибегает к иным формам психологической защиты. Описаны два основных психических механизма, лежащих в основе такого защитного поведения: «*дезинвестиция материнского объекта*» и «*неосознаваемая идентификация с мертвой матерью*». Первый процесс А. Грин характеризует как «психическое убийство объекта, совершаемое без ненависти», ибо ребенок боится причинить даже минимальный ущерб образу матери. В результате на нежной ткани объектных отношений матери и ребенка образуется «разрыв» или даже «дыра». Во втором случае ребенок, вследствие тоски по прежней (ранее — *веселой и заботливой*) матери, идентифицируется с ней и также впадает в депрессию при одновременном *блокировании чувствва привязанности*. В последующем он может стать жертвой *навязчивого повторения*, с весьма специфическим паттерном поведения. Он будет активно (но бессознательно) *дезинвестировать* любой объект сильной привязанности, представляющий угрозу разочарования, фактически утрачивая способность любить и принимать любовь другого. В данном случае мы говорим только о детях как наиболее демонстративном примере, но аналогичные чувства и варианты поведения могут формироваться и у ранее нежно привязанных друг к другу супругов, и у других членов семьи.

Собственная работа горя

Представление о том, что у переживания горя имеется своя собственная динамика и психическая задача и она должна быть выполнена, было введено З. Фрейдом в работе «Тотем и табу» (1912). В современной психологии одна из наиболее последовательных разработок этой проблемы принадлежит Дж. Боулби («Создание и разрушение эмоциональных связей», 1979).

В результате подробного исследования случаев психических травм было выявлено несколько последовательных фаз в «собственной работе» горя, первую из которых можно было бы обозначить как — стадию «отрицания» (1), так

как первая реакция на внезапную психическую травму мысленно, поведенчески, или даже вербально обычно выражается «формулой»: «Нет! Этого не может быть!». И для этой, и для последующих фаз достаточно характерна склонность к самобичеванию и демонстрации собственной вины в смерти близкого человека, включая воспоминания о каких-то малозначимых оплошностях, допущенных ошибках или неисполненных обещаниях. А как известно, неизбыточное чувство вины — это очень тревожный симптом, который в ряде случаев может достаточно быстро провоцировать развитие того или иного психического расстройства.

Ниже приводятся названия и краткая характеристика последующих фаз:

- 2) фаза «оцепенения», которая длится от нескольких часов до недели и сопровождается интенсивными переживаниями страдания и гнева;
- 3) фаза «острой тоски и поиска утраченного объекта» с соответствующими поведенческими феноменами, может длиться несколько месяцев и даже лет;
- 4) фаза «дезорганизации и отчаяния», психическое содержание которой раскрывается в ее наименовании;
- 5) фаза «реорганизации», то есть той или иной степени адаптации к жизни или, в более тяжелых случаях, — существованию без утраченного объекта.

Многолетние исследования подобных ситуаций позволили сформировать совершенно четкие представления, что после психической травмы всегда есть потребность в ее вербализации, но это отторжение воспоминаний и горя становится эффективным только тогда, когда она реализуется с участием терпеливых слушателей, которые не были ее непосредственными свидетелями или участниками.

Соматизация психической травмы

Многими коллегами, нередко весьма примитивно, воспринимается введенное в психологию еще в конце XIX века понятие «психическая энергия», поэтому прежде чем перейти к обсуждению защитной трансформации травмы, обратимся к гипотезе о ее механизмах.

Если человек получает какое-либо яркое впечатление (позитивное или негативное — несущественно), в его психике увеличивается «нечто», что получило наименование «сумма возбуждения». А поскольку одной из задач психической регуляции является поддержание ее (собственного) стабильного состояния, тут же начинают действовать механизмы (реализуемые интрапсихически и обеспечивающие отреагирование вовне), направленные на уменьшение этой «суммы возбуждений» в интересах сохранения психического гомеостаза. Например, если человека ударили, он, чтобы снизить возбуждение, в прими-

тивным варианте отреагирования, скорее всего, нанесет ответный удар, и это принесет ему некоторое облегчение. Аналогичные механизмы действуют и при оскорблении, обиде и т. д. Но реакция может быть и иной, особенно если нанести ответный удар некому (например, при стихийном бедствии), и тогда ответной реакцией могут быть плач, чувство бессильной ярости и т. п., вплоть до *аутоагрессии* (до нанесения повреждений самому себе, чтобы как-то снизить уровень психического возбуждения). Главное состоит в том, что реакция присутствует всегда, и чем интенсивнее травма, тем сильнее ответное внешнее действие или внутреннее переживание.

Несмотря на множество физиологических и психологических гипотез, наука не сильно продвинулась в понимании того, что же есть это увеличивающееся в психике «нечто», но более чем столетняя психологическая и психотерапевтическая практика подтверждает реальность этих механизмов. Обратимся еще раз к этому увеличивающемуся в психике «нечто». В тех случаях, когда возросшая «сумма возбуждений» не может быть отреагирована (в том числе — вербально), начинают функционировать защитные механизмы, главным из которых является вытеснение. Но эти переживания вытесняются только из сознания, а не из психики, где сознание составляет лишь некоторую часть.

Механизм конверсии психической травмы

Поскольку «сумма возбуждений» присутствует и не может быть отреагирована, защитные механизмы трансформируют эту энергию в «нечто соматическое». Происходит то, что позднее получило название «конверсия». Так как нам по-прежнему неизвестно объективное содержание этого «нечто», то (весьма условно) можно сказать, что происходит преобразование «психической энергии» в «нервную энергию» или «энергию иннервации органов или тканей». Но в отличие от обычной нервной регуляции деятельности всех внутренних органов, которая осуществляется с помощью импульсов определенной амплитуды и частоты, в данном случае из психической сферы в нервную систему происходит *прорыв мощного энергетического потока «искаженного типа»*. Психическая сфера освобождается от чрезмерного перевозбуждения, а его разрядка направляется и осуществляется в соматической сфере. Именно так гипотетически описываются возникающие под влиянием сильных потрясений случаи инфарктов, инсультов и прободных язв желудка.

При хронической психической травме развиваются менее катастрофические соматические расстройства, но напомним еще раз, что, по данным Всемирной организации здравоохранения, именно они составляет до 40% обращений за медицинской помощью. В отличие от врачей нам — психологам, лучше известно, что механизмы психической и нервной регуляции существенно различа-

ются, а словесный штамп о том, что у кого-то «не все в порядке с нервами», не имеет под собой никакой основы. Но мало кто задумывается о главном в этом различии. *В отличие от нервной системы психика способна отличать реальные стимулы от воображаемых. Нервная система и на те и на другие может реагировать почти идентично.* Именно на этом феномене основаны все техники самовнушения, включая еще недавно чрезвычайно популярную аутогенную тренировку, когда, например, мысленное представление о том, что кисть погружена в горячую воду, тут же сопровождается расширением сосудов и повышением температуры кожи этой руки.

Фиксация на травме

Несмотря на то, что соматизация способствует (пусть и патологическим путем) разрядке возникшего психического напряжения, в той инстанции психики, где произошла «трансформация» одной энергии в другую, формируется специфическое «ментальное ядро» или «пункт переключения». Это «ядро» всегда остается ассоциативно связанным со всей имеющейся в памяти «атрибутикой» полученной психической травмы. И в последующем оно будет активизироваться всякий раз, когда будет появляться любой стимул, хотя бы отдаленно напоминающий полученную ранее психическую травму, одновременно запуская патологические механизмы отреагирования. Именно поэтому люди, пережившие катастрофические события, избегают фильмов-катастроф, похорон, книг и рассказов о тех или иных несчастных случаях и т. д. Именно этот феномен имелся в виду, когда мы говорили о «навязчивом возвращении» к воспоминаниям о трагических событиях. И здесь уместно сделать еще один вывод, что наши пациенты страдают преимущественно от воспоминаний и патологических паттернов поведения, реализуемых бессознательно. Более того, наши пациенты не только постоянно находятся в плену болезненных переживаний (нередко — чрезвычайно далекого прошлого), но и отчаянно цепляются за них, потому что они обладают некой особой (пусть и трагической) ценностью. Поясним этот тезис на конкретном примере: можно ли забыть о счастливых минутах появления своего первенца, даже если его давно уже нет; можно ли вспомнить об этих счастливых минутах без того, чтобы еще раз не вернуться к событиям и переживаниям его трагической утраты?

В ряде случаев пациенты не только не могут освободиться от своего трагического (пугающего или даже мерзкого) прошлого, но готовы ради него отказаться от настоящего и будущего — и вообще от всего, что происходит в реальности, что получило не совсем верное наименование «*уход в болезнь*». Точнее было бы определить это как «*фиксацию на травме*», которая может простирается на многие месяцы и годы, а иногда — на всю жизнь, провоцируя различные формы психопатологии, которая в этом случае может рассматри-

ваться как еще один вариант патологической психологической защиты от неприемлемой реальности.

Институализация понятия «психическая травма»

Необходимость статистического анализа в ряде случаев трудно дифференцируемых психопатологических синдромов явилась причиной создания в 1952 году первого Диагностического и статистического справочника по ментальным расстройствам, более известного как DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). В этом справочнике на конвенциональной основе каждой форме психического расстройства придавалась относительно четкая характеристика. Но в первом издании справочника то, что позднее стало именоваться посттравматическим психическим расстройством, еще никак не связывалось с психической травмой, а упоминалось как «синдром отклика на стресс».

В 1968 году (во втором издании DSM) расстройства, связанные с психической травмой, были объединены в категорию «ситуационных расстройств». И только в 1980 (в DSM-III) последствия психических травм были отнесены к субкатегории «тревожных расстройств», которые развиваются в ответ на трагические и редкие внешние события. Эта эволюция представлений о психической травме и ее последствиях является чрезвычайно важной для понимания всей рассматриваемой нами феноменологии. То есть *вначале травма определялась исключительно как результат внешнего воздействия и в терминах катастрофических событий*. Или, если перевести это на обыденный язык: «Кому-то просто очень не повезло, и он оказался в недобрый час в плохом месте».

Исходя из этих теоретических представлений, считалось, что каждый, кто пережил такое «не слишком часто случающееся» трагическое событие (например, нападение грабителей, плен, пытки, изнасилование или внезапное стихийное бедствие), обязательно будет психологически травмированным. Однако согласно DSM-IV (1994) последствия психической травмы входят уже в другую рубрику — «откликов на стресс». И для этого были реальные причины. Оказалось, что большинство людей, переживших катастрофические события, не проявляли сколько-нибудь существенных клинических симптомов и признаков, которые можно было бы оценить как последствия психических травм. Они отсутствовали у 54% изнасилованных женщин, у 91% попавших в автопроисшествия и т. д. В итоге были обоснованы представления о том, что участие в том или ином катастрофическом событии является необходимым, но недостаточным условием для психической травмы. И это качественно изменяло подходы к этой форме психических расстройств, так как критическим фактором становилось не «внешнее событие», а глубоко индивидуальный эмоциональный отклик на него. То есть мы еще раз возвращаемся к уже сфор-

мулированной ранее идее о том, что любое негативное или даже трагическое событие может как пройти совершенно незамеченным (для одного субъекта), так и вызвать любую форму психопатологии (у другого) в зависимости от его индивидуальной истории развития и состояния его психики.

Специфика реакций на психическую травму в зависимости от возраста

Исследование состояния пострадавших при массовых психических травмах позволило выявить существенную специфику в последующей динамике их состояния в зависимости от возраста, в котором они находились в момент катастрофического события. В частности, было установлено, что у детей, которым на момент получения психической травмы было менее 5 лет, преобладающими являются различные нарушения речи или ее развития (более 70% всей наблюдаемой патологии). У детей 6-12 лет ведущим симптомом становится энурез, дополняемый расстройствами речи (78% патологии). Во многом аналогичное распределение наблюдалось и у подростков (13-18 лет), однако у них к наиболее частым синдромам присоединяется депрессия, которая становится ведущим типом расстройств во всех группах взрослых (19-30 и 31-50 лет). Кроме этого, в этих двух последних группах появляются превышающие среднепопуляционные уровни такие диагнозы, как шизофрения, алкоголизм и эпилепсия. То есть чем старше была личность на момент тяжелой психической травмы, тем больше вероятность развития у нее тяжелых психических и соматических расстройств. Столь же прогностически неблагоприятными являются психические травмы, полученные в дозипальный период развития, и особенно детская сексуальная травма.