

**Травматический процесс: концептуализация и лечение
Шабтай Ной (перевод)**

Травматический стресс имеет в основе угрозу самому существованию индивида или группы. Влияние такой экзистенциальной угрозы может быть дополнено неспособностью совладать с внешними факторами, что приводит к переживанию беспомощности и потере чувства упорядоченности мира.

Травматический процесс имеет три стадии: стадию тревоги, стадию воздействия и посттравматическую стадию. Наиболее общими элементами помощи на всех стадиях травматического стресса являются необходимость контролировать и расширять сферы компетентности субъекта, чтобы достичь переживания им осмысленности и упорядоченности происходящего.

Термины *стресс*, *кризис* и *травматический стресс* часто путают и ошибочно употребляют как синонимы. Слишком часто игнорируется тот факт, что реакция на травму – процесс, а потому неверно применять принципы помощи, относящиеся к более поздней стадии, к ранним стадиям события. Чтобы воссоздать порядок и четкость в понимании данного процесса и определить правильную модель помощи, важно разделить термины и сосредоточиться на сути и специфике каждой стадии травматического процесса.

Стресс. Ганс Селье заимствовал термин *стресс* из инженерной науки и ввел его в биологию. Он обсуждал и исследовал возникающий стресс и ситуации, в которых организм встретился с внешней угрозой. Позже идеи Селье развивал Лазарус, в основном сосредоточившись на том, как человек совладевает с ним.

Стресс – это напряжение, которое внутренне испытывает человек, в то время как внешняя угроза (стрессор) прерывает обычное течение его жизни, требуя некоторых действий для повторного обретения состояния гомеостаза. Когда взрослый человек встречается с угрозой, он обязательно проходит процесс оценки реального риска ситуации, где отбрасываются воображаемые и иррациональные атрибуции. В то же время, человек оценивает возможные пути совладания со сложностями, внутренние ресурсы и потенциальные источники помощи и поддержки от тех, кому он доверяет.

Часто дети младшего возраста неспособны оценить угрозу и имеющиеся в наличии ресурсы даже в простых стрессовых ситуациях. Им необходим «перевод» ситуации: ее интерпретация и поддержка взрослых. Таким же самым образом, угроза целому сообществу или нации требует сложных способов совладания, т.к. отдельный человек зависит в таком случае от руководства и лидера в том, как он будет оценивать ситуацию и затем справляться с ней.

Многие исследования указывают важнейшую роль управления и поддержки в ситуациях стресса. Berkman и Syme провели прекрасное лонгитюдное исследование на обширной выборке испытуемых и определили четыре варианта условий стресса и поддержки. 1. Нет стресса и нет поддержки. 2. Нет стресса, но есть поддержка. 3. Наличие стресса и поддержки. 4. Стресс без поддержки. Четвертая группа, которая пребывала в состоянии стресса без поддержки, переживала гораздо значительнее вредное воздействие стресса, чем все остальные группы. Если в условиях стресса руководство отсутствует или является неэффективным, социальная поддержка также угасает, а внутри группы ожидается увеличение количества эмоциональных расстройств.

Некоторые формы стресса подвергают опасности организацию и структуру сообществ, т. к. несут в себе повышенный риск для их членов. При достаточно серьезной угрозе даже государство может быть разрушено и стать неспособным защитить своих граждан от внешнего воздействия. Эффективное лидерство предотвращает или сводит к

минимуму эмоциональный дистресс и заболевания – направляя индивидуальные реакции на совладание.

Травматический стресс

Среди многих возможных стрессоров (миграция, безработица, болезнь и т. д.) существуют несколько, которые более, чем другие, могут привести в ситуациях травматического стресса (например, насилие, жестокое обращение с ребенком, травма участника боевых действий, природных катастроф, смертельное заболевание), т. к. они представляют собой угрозу самому человеческому существованию. Когда совладание с травматическим стрессом проходит неуспешно, человек чувствует переполненность сильными переживаниями беспомощности, гнева и возмущения касательно имеющегося положения вещей. У некоторых людей, эти чувства могут периодически возвращаться даже спустя значительные отрезки времени, иногда в течение всей жизни, в виде образов, чувств, соматических ощущений и т. д.

Опустошение, которое приносит серьезная травма, не ограничивается только отдельными индивидами, а может также разрушать социальную структуру и порядок, как, например, это происходит во время войн, где намерением является не убить всех солдат и гражданское население врага. В войнах побеждают, сломив дух врага, социальную структуру и управление обществом, а также устремления продолжать сражаться. Обезглавливание социальной структуры и недостаток управления оказывают значительное влияние на психологическое состояние граждан.

Стадии травматического стресса

Реакция на ситуации травматического стресса состоит из трех стадий: 1) стадия тревоги; 2) стадия воздействия; 3) посттравматическая стадия или посттравма. Тем не менее, эти стадии появляются независимо друг от друга только в случае короткой незначительной травмы. Например, ребенок, с которым жестоко обращались родители, может пребывать в посттравматической стадии из-за происшедшего в прошлом жестокого обращения, но в то же время, переживать текущее жестокое обращение и ожидать подобного в будущем. Таким образом, ребенок пребывает одновременно на всех трех стадиях. То же верно и для случаев длительного террора. В то время как общество совладевает с посттравмой, оно может в тревоге ожидать следующего нападения. В подобных ситуациях в помощи чрезвычайно важно сосредоточиться на всех важных аспектах травмы, и менее значимые оставить для более поздней терапевтической работы.

Важность подразделения травматического стресса на стадии состоит в том, что это позволяет применять специфические модели лечения, которые приводятся в литературе, эффективные для каждой стадии процесса. Мы обсудим это в последующих параграфах.

Стадия тревоги

Стадия тревоги имеет место до тех пор, пока индивид осознает потенциальную угрозу, но опасность еще не материализовалась. Тревога накапливается и мотивирует подвергнутых опасности индивидуумов как узнавать природу угрожающего фактора, так и выработать стратегии для совладания с угрозой. Выработанные идеи могут превращаться в индивидуальное или организационное планирование, программы превенции или стратегии совладания.

Патологическим вариантом реакции на этой стадии является отрицание угрозы, которое имеет своим результатом препятствие потребности планировать свое поведение относительно угрожающего фактора. Отрицание не является недостатком внешнего выражения тревоги. Отрицание – это недостаток обеспокоенности будущим стрессовым фактором, а в результате – неправильное планирование и подготовка к нему. Как сниженный, так и повышенный уровень эмоционального реагирования перед лицом угрозы – это черта личности, которая не связана с качеством совладания. Некоторые люди имеют склонность к более скупым эмоциональным реакциям под влиянием стресса, чем обычно, другие – выражают свои эмоции очень бурно.

Стадия воздействия

Стадия воздействия относится к периоду, когда угроза материализуется, а также ко времени сразу за этим. По опыту автора, травмированные индивиды на стадии воздействия относятся к травме, скорее, как к своему настоящему, а не прошлому. В этом периоде для выживания необходимы активные стратегии совладания. Стадия может быть короткой или длительной в зависимости от внешних факторов, в частности, от продолжительности стресса.

Диагностическое и статистическое руководство психических заболеваний, 4-е издание, Американской психиатрической ассоциации (DSM-IV) для описания реакции на этой стадии использует диагноз Острое стрессовое расстройство (ОСР). Клинические реакции на этой стадии значительным образом различаются, и ее последствия могут иметь место в соматической, эмоциональной и поведенческой формах. Реакции и симптомы часто быстро сменяются. Они могут включать мимикрию эффектов предвосхищенной физической травмы, даже если человек не получил никаких физических повреждений. Например, люди, уверенные, что они были подвержены влиянию химических и биологических агентов, могут демонстрировать соответствующие физические проявления, такие как волдыри, затрудненное дыхание и т. д. В случае экстремального стресса, травма может выражаться в соматоформных симптомах – фугах, амнезии, конверсиях и т. д. Другие наблюдаемые реакции включают сверхбдительность и эмоциональные качели (борьбу или бегство) или замороженную реакцию с онемением и диссоциацией. Общий момент в каждой из этих реакций – опыт не-контролирования своего внутреннего мира.

Посттравматическая стадия

Посттравматическая стадия начинается тогда, когда угроза уменьшилась или исчезла, и в частности, в тех случаях, когда совладание было неподходящим величине угрожающего стрессора. Психологические проблемы на этой стадии коренятся в неуспешной адаптации на стадиях воздействия и тревоги, и последующего чувства беспомощности перед лицом угрозы жизни, безопасности или благополучию – как своему, так и близких и знакомых субъекту людей. Посттравматическая стадия характеризуется попытками адаптироваться к внутренним переменам структуры личности, причиной которых стал травматический опыт. На смену первоначальной свободе и гибкости приходят когнитивные, аффективные и соматические защитные механизмы.

В целом, посттравматическим реакциям типичны диссоциация (т. е. фрагментация личности, происходящая из-за подобной ей фрагментации травматичных воспоминаний) и дополнительное принуждение снова переживать травматический опыт посредством образов, чувств, соматических ощущений – с целью уменьшения расщепления.

У взрослых, страдающих от простого вида травмы, доминантой в клинической картине является посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) как единственный, кроме ОСР, вид расстройства, происходящий от травмы, которое имеет место во время стадии воздействия. Исследования показывают, что ПТСР не единственный синдром, который может иметь место на посттравматической стадии. Другие расстройства, известные из литературы как ответные реакции на травму, следующее.

1. Диссоциативные расстройства: при диссоциативном реагировании травматический опыт фрагментируется, и потому недоступен для целостного припоминания. Фрагментация может происходить вдоль временной оси, т. е. в определенный промежуток времени может быть доступна часть опыта; или травматический опыт может быть расщеплен по модальностям, т. е. отдельно существует память на чувства, на визуальные образы и т. д., а возможность видеть целостную картину или сделать полное повествование о происшедшем ограничены. В более серьезных случаях по такому принципу может быть диссоциирована вся личность.

2. Сверхбдительность: человек в посттравматической стадии часто отличается чрезмерной реакцией на неожиданные внешние стимулы. Подобная реакция привязана к физиологическому перевозбуждению, которое частично основывается на нарушении

чувства порядка и осмысленности, и частично – на ожидании повторной травмы. Эти проявления могут быть как частью ПТСР, как и самостоятельным синдромом.

3. Соматоформные расстройства: в случае соматоформных расстройств боль и другие соматические переживания являются компонентами диссоциативного реконструирования травматического опыта. Некоторые соматические переживания символически выражают травматический опыт. Подобные проявления исторически получили названия *истерия* и *конверсия*.

4. Панические реакции также представляют собой диссоциативное реконструирование травматического опыта. Из-за диссоциативных барьеров люди с подобным типом реакций часто не осознают прошлого [травматического опыта]. Поэтому они имеют склонность определять свои переживания беспомощности и соматического напряжения как проявления сердечного приступа, нехватки воздуха или начинающегося психоза.

5. Фобии: часто случаются в посттравматической стадии параллельно избеганию триггеров, запускающих воспоминания и эмоции, связанные с первоначальной травмой.

6. Реактивные расстройства, алкоголизм, злоупотребление наркотическими средствами также являются последствиями травматического опыта. Грубое или антисоциальное поведение могут представлять собой поведенческое восстановление травматических событий, от которых пострадал субъект. Солдаты в условиях стресса могут демонстрировать дисциплинарные и поведенческие расстройства, дети отыгрывают травму через негативное поведение, направленное против других детей или себя.

7. Другие расстройства, такие как депрессия, чувство вины, соматические расстройства, которые могут появляться в отдельности или вместе с другими симптомами.

Как правило, некоторые взрослые люди, у которых прежде не было опыта экстремальных событий (простая травма), могут восстановиться даже без профессионального вмешательства. У других развивается ОСТР, у некоторых – ПТСР. DSM-IV позволяет ставить диагноз ПТСР, если специфические для него симптомы продолжаются более одного месяца.

Дети менее склонны реагировать через ПТСР и более – через широкое разнообразие диссоциативных расстройств. Чем младше ребенок в начале травматического эпизода и чем более повторяемым и длительным является воздействие, тем выше риск возникновения сложного расстройства, которое называют сложной травмой или травмой II типа. Наиболее серьезные из этих расстройств могут позже привести к диссоциативному расстройству идентичности.

Долгосрочным последствием ситуаций травматического стресса является постоянное посттравматическое расстройство, характеризуемое сдвигом внутренней когнитивной схемы, которая делала возможным переживание доверия, порядка, осмысленности и чувства контролируемости мира и себя самого. У субъектов, подвергшихся воздействию травмы в раннем детстве и далее, развитие такой структуры могло быть нарушено.

Посттравматические реакции могут проявляться некоторыми или всеми перечисленными ниже симптомами. Эти симптомы могут происходить длительно и ежедневно или спорадически, могут выходить на первый план или периферию.

1. Видение мира угрожающим и недружелюбным, а себя – беспомощным. Иногда это приводит к выбору стиля жизни, которому типично беспомощное поведение.

2. Длительное проживание травматического опыта и, в то же время, избегание стимулов, которые могут запустить воспоминания о травме. Социальная обособленность возможна как крайнее проявление тенденции к избеганию. Рекапитуляция травматического опыта может быть тотальной или включать диссоциативные, частичные воспоминания. Последние могут возникать только через один из органов чувств, в то время как другие будут оставаться заблокированными. «Интрузивные» симптомы отражают продолжающееся проживание травматического опыта. Эти симптомы могут,

скорее, рассматриваться как часть процесса исцеления, а не как симптомы психопатологии, при условии, что опыт проживания не настолько интенсивен, чтобы приносить с собой повторную травматизацию, не сочетаемую с исцелением. В последнем случае выживший может испытывать чувство бессмысленности как реакцию на актуальную внешнюю угрозу, указывающее на действительный риск дезинтеграции личности. Способность выжившего различать беспомощность, имеющую причиной воспоминания, и беспомощность как реакцию на настоящие актуальные стимулы – решающий шаг в процессе исцеления.

3. Некоторые аспекты диссоциации характеризуют все посттравматические реакции, как, например, раскол Я на части и недостаточно эффективная коммуникация между этими частями (как в случае диссоциативного расстройства) или наличие барьеров между маршрутами ввода / вывода информации – чувств, мыслей, соматических ощущений и т. д. (как при пограничном расстройстве личности). Внутренние барьеры и расщепление – важные составляющие для понимания сущности посттравматической реакции. Они существуют в любой посттравматической реакции в различной степени выраженности. В некоторых они – незначительное дополнение к ПТСР, в других – основные черты клинической картины.

Стандарты лечения при травматическом стрессе

Центральный принцип превенции и терапии травматического стресса – вести выживших к адаптивному совладанию, чтобы не допустить / преодолеть чувство беспомощности и поддержать устойчивость и контроль в самом начале травматического процесса, или восстановить ощущение контролируемости, порядка, осмысленности на более поздних стадиях. Психологическое просвещение, помогающее людям принять их реакцию на травму как «нормальную» реакцию на ненормальное событие, – важная составляющая терапии и превенции травмы. Знание, что реакции человека нормальны, существенно для выработки совладающего поведения.

Выбор клинических действий, направленных на превенцию или терапию, зависит от стадии травматического процесса. На стадии тревоги фокусом работы является первичная превенция и планирование совладающей стратегии. На стадии воздействия ведущей необходимостью является вторичная превенция, поддерживающая актуальное совладающее поведение и обеспечивающая немедленную поддержку. На посттравматической стадии акцент делается на терапии человека, пережившего травму, и его реабилитации до состояния уравновешенности и чувства контроля. Таблица 1 подводит итог типу фокальной интервенции на каждой стадии травматического процесса.

Таблица 1.

Тип совладания и фокус терапии на каждой стадии травматического процесса

<i>Стадия</i>	<i>Тип конструктивного, здорового совладания</i>	<i>Фокус терапии</i>
<i>Тревоги</i>	Когнитивная оценка угрозы и определение ресурсов Планирование превентивных мероприятий и стратегий совладания	Программы первичной превенции Руководство в планировании стратегий совладания
<i>Воздействия</i>	Конструктивная роль лидерства Доверие лидеру Действия, направленные на преодоление Минимизация случайностей	Вторичная превенция Построение поддержки и совладания Дебрифинг
<i>Посттравма</i>	Восстановление порядка и чувства осмысленности Минимизация диссоциации	Когнитивные, поведенческие и эмоциональные процессы, связанные с поддержкой

	Повторное проживание травмы без эмоционального затопления Восстановление самооценки и чувства контроля Расширение удовлетворения и адаптивного функционирования Различение воспоминаний и реакций на текущие стимулы	совладания
--	---	------------

Таким образом, главной мишенью психотерапии является предотвращение или уменьшение чувства беспомощности. Снижение тревоги не является целью работы – тревога должна быть направлена на совладание. Так же, как и с телесной болью, тревога – предупредительный сигнал для психики, имеющий целью мобилизацию субъекта на преодоление воспринимаемой опасности. Попытки утешить человека или группу людей в состоянии стресса могут оказаться ятрогенными, т. к. умиротворение снижает стремление планировать стратегии совладания и способствует отрицанию.

В терапии и превенции ситуаций травматического стресса жизненно необходимо делать акцент на атрибуты здоровья и силы. Клиенты лучше действуют, когда воспринимают себя способными эффективно справляться с трудностями, не беспомощными. Ярлык «жертвы» или «болезни» может провоцировать пассивность и ожидание внешней помощи, а потому препятствовать адаптивному совладанию.

Превенция на стадии тревоги

На стадии тревоги единственным имеющим смысл вмешательством является предварительная превенция. При значительных угрозах, таких как террор или война, каждый из нас находится в руках случая. Поэтому для населения особенно важно понять реалистические составляющие угрозы и свои собственные ограничения. На этой стадии важно запустить программы превенции, направленные на минимизацию как физических, так и психологических неожиданностей. Это происходит либо путем нейтрализации самой угрозы, либо через помощь населению в состоянии риска путем стимуляции ресурсов совладания с угрозой.

Повышение бдительности и готовности внимательно воспринимать происходящее в обществе, а также планирование государственных и личных стратегий совладания – эффективные направления терапии на этой стадии. Попытка уменьшить тревогу в обществе может оказаться ятрогенной. Потому предпочтительно руководить страхом, превращая его в бдительность, и планировать, а не успокаивать и рисковать развитием отрицания.

При угрозе массовых несчастных случаев, таких как при использовании биологического оружия или при атомной угрозе, первичная превенция, вероятно, является наиболее важной интервенцией. Она имеет целью подготовку населения к оказанию самопомощи, чтобы избежать ситуации коллапса системы поддержки. Эта программа превенции сильно полагается на ранний диалог между руководством и населением, который передаст информацию об угрозе и способах и средствах совладания с ней.

Вторичная превенция на стадии воздействия

На стадии воздействия угроза уже материализована. Эффективное поведение на этой стадии подразумевает совладание, позволяющее выжить. От лидеров ожидается организация активного совладания в соответствии с предварительно спланированными стратегиями. Выживание, главным образом, обеспечивается за счет активных действий, а не психологической переработки информации. Это – ключевой момент в понимании терапии на этой стадии.

На стадии воздействия успешного совладания можно ожидать от многих людей. Но другие могут быть на грани срыва. От них ожидают, что они будут бороться, чтобы приспособиться к новым условиям, особенно когда их ресурсы сокращаются, но на самом деле, им необходима поддержка, которая уберезет их от срыва. Люди могут находиться в

очень неуверенном и хрупком положении, которое исправимо, если поддержка и терапия будут вовремя предоставлены. Стадия воздействия часто приводит к переговорам / торгу внутри каждого человека (или между человеком и социальной системой) касательно того, стоит ли терпеть и адаптивно справляться с актуальными условиями или поддаться стрессу и видеть себя беззащитной жертвой.

Поэтому наилучшим подходом в работе на этой стадии будет комбинация вторичной проработки и немедленной терапии, имеющие целью укрепление как отдельных личностей, так и группы. Группа, находящаяся в экстремальных условиях, должна оставаться вместе, чтобы поддерживать тесные связи с руководством и получать социальную поддержку. В попытке укрепить группу и отдельных личностей роль лидеров, назначенных или произвольно возникших, для групповой поддержки крайне важна. Расчленение группы как следствие стресса или отделение участника группы по тем же причинам могут привести человека в состояние на грани срыва.

Итак, сутью терапии является усиление активного совладания, а не психологическая проработка происходящего. Эмоциональная экспрессия может помочь некоторым людям переработать то, что происходит, но не может заменить деятельность активного совладания, как и не может заменить силу поддержки других участников события и руководства.

Модели работы

Литература предлагает две модели терапии на стадии влияния: модель опережающей терапии Сэлмона и дебрифинг Маршалла. Первая модель имеет целью быстрое возвращение солдат в ряды сражающихся, возобновление активного совладания и воссоединение с товарищами, которые являются наилучшим источником поддержки. Модель дебрифинга Маршалла имеет целью сохранение группы путем реконструкции травматических событий (событий, не чувств) в органической группе сразу же после происшествия.

Обе модели работают с солдатами на стадии воздействия; их принципы применимы также и к некоторым гражданским травмам, особенно если органическая группа сталкивается с угрозой и должна противостоять ей именно в качестве группы. Обе модели основываются на допущении, что активное совладание на стадии воздействия лучше всего осуществимо путем работы с реальной угрозой (как гражданской, так и военной) и что совладающее поведение предупреждает развитие чувства беспомощности и посттравматических последствий. Обе модели имеют целью сохранение и усиление типов руководства и внутригрупповой поддержки, которые предупреждают развитие последующих заболеваний внутри членов группы.

Другой аспект, схожий в обеих моделях, – это провозглашение принятия эмоциональных реакций и симптомов (тревоги, беспомощности, ночных кошмаров и т. д.) как нормальных в экстремальной ситуации. По этой причине становится понятно, почему нет необходимости в эмоциональной переработке или интерпретации травматических событий. В действительности, последнее может причинить вред.

Важно отметить, что т.к. на стадии воздействия люди чувствуют собственную погруженность в угрожающие события, совладание сводится к минимизации угрозы или усилению внутренних и внешних ресурсов совладания.

Модель опережающей терапии. Модель была создана для терапии солдат-участников Второй мировой войны Т. У. Сэлмоном, который построил ее на основе наблюдений за британской и французской армиями. Опережающая терапия – это немедленное, совершаемое в географической близости от передовой линии и органической группы воздействие, которое включает четкие, авторитарные сообщения, передающие ожидаемое от солдата скорое возвращение к своим обязанностям в военной части. Терапевт обеспечивает, насколько это возможно, удовлетворение первичных потребностей, таких как питание, питье и сон, и возвращает солдата в военную часть. Такое воздействие помогает предотвратить восприятие людьми себя как беспомощных,

т.к. они возобновляют активные совладающие действия. Терапия не концентрируется на чувствах и не пытается уменьшить их переживание или реконструировать травматическое событие. На этой стадии крайне важно помнить, что необходимо давать приоритет непосредственной работе с самой угрозой и попыткам минимизировать ее деструктивный эффект. Неудача в этом деле может позже вызвать переживание чувства глубокой вины.

Опережающая терапия усиливает органическую группу (военное или пожарное подразделение, полицейский отдел или школьный класс), т. к. сводит к минимуму ее расчленение, что укрепляет также и отдельного индивида. Автор повторяет, что на стадии воздействия восстановление чувства равновесия и здоровья более эффективно достижимо сочетанными усилиями поддержки, руководства и совладания. Это утверждение было подтверждено в исследованиях: они показывают, что опережающая терапия предупреждает развитие не только истощения в группе военнослужащих, но и посттравматических последствий; этот результат оказывается стабильным, по меньшей мере, спустя 20 лет.

Модель дебрифинга. Дебрифинг, форма воздействия на стадии воздействия, был разработан Маршаллом во время Второй мировой войны. Он был направлен на усиление групп военнослужащих путем проведения их через групповое обсуждение, восстанавливающее и дополняющее представления о событиях во время сражений в полном, нефрагментированном, точном виде. Обсуждение не было направлено на запуск переживаний (приветствовались вопросы по типу «что произошло», а не «что вы чувствовали»). Хотя когда выражались чувства, их принимали с достоинством и без интерпретации, как нормальное проявление состояния стресса. Разделение чувств внутри группы делало возможным нормализацию их интенсивности и обеспечивало их коллективное общее принятие.

Проработка переживаний и нахождение нового значения чьим-то чувствам и травматическим событиям не проводится на стадии воздействия. Единогласно принятое сообщение от Национального института умственного здоровья рекомендует с этой целью использование оперативного дебрифинга. Если применяется психологическая проработка, она может «рассосредоточить» фокус активного совладания, и потому стать ятрогенной.

В последнее время модель дебрифинга была подвергнута жесткой критике, в том смысле, что некоторыми она видится как ятрогенная, возможно, по причине неправильного использования посттравматических инструментов и моделей – на стадии воздействия. Карлиер, которая критиковала дебрифинг, описывает его как попытку предупредить развитие посттравмы предварительной проработкой опыта. Ее сомнение в эффективности метода можно понять: когда любое воздействие применяется вне концептуального контекста и с несоответствующей группой (отдельными субъектами, а не органическими группами), имеет смысл брать в расчет его потенциальный вред.

Первоначально, метод дебрифинга Маршалла использовался только для органических групп, члены которых вместе подверглись травматическому стрессу. Членство в группе поддерживалось, и от участников ожидалось, что и далее они будут встречать серьезные опасности вместе, как группа. Стресс, что вполне объяснимо, создавал напряжение и злость среди членов группы, а также возлагал надежду на ее руководство. Т.к. единство, взаимная поддержка и доверие лидеру – жизненно необходимы для сохранения группы и предупреждения болезней среди ее членов, именно эти факторы и должны поддерживаться и укрепляться. Способность членов группы понимать полную картину происшедшего укрепляет связи внутри группы и усиливает доверие к руководству. Например, через понимание того, что чей-то товарищ или руководитель не помог травмированному человеку, т. к. он сам в то время ощущал себя беспомощным или должен был включиться в процесс оказания помощи кому-то другому. Подобные обсуждения не имеют целью прорабатывать травму, а предупреждение травмы выступает как косвенный результат групповой поддержки и совместного совладания. В определении дебрифинга Маршалла значительная роль также отводится признанию

достижений группы и особых усилий некоторых ее членов, важно также отдать должное воле судьбы и извлечь уроки из прожитого опыта. Все эти виды деятельности поддерживают группу и ее руководство.

Обычно обсуждение в ходе дебрифинга прерывалось указаниями и составлением планов на будущее. По возможности обсуждение проводили лидеры самой группы, а не приглашенные профессионалы. Специалисты по душевному здоровью выполняли вспомогательную функцию и вмешивались в минимальной степени.

Превентивная работа, предложенная Маршаллом, может быть применена для любого рода органической группы, такой, например, как отделение полиции, пожарная часть или школьный класс. Хотя нужно учитывать, что при проведении дебрифинга с детьми важно добавить в устное обсуждение другие параметры, например, искусство, драму или игру. В контексте группы такие упражнения помогают тестировать реальность и нормализации реагирования на происшедшее. Руководители могут участвовать в работе и разделить переживания, что будет средством моделирования их легитимности. С детьми руководители могут прояснять ценности, такие как храбрость, совладание, при этом фокусируясь на точном значении терминов. У детей часто имеется неверное представление о терминах, описывающих эмоции, что затрудняет процесс их исцеления. Понимание того, что страх не отрицательный термин и что храбрые люди преодолевают страх и действуют, а не предпринимая нечто без чувства страха, помогает детям нормализовать видение происходящего. Обсуждение должно заканчиваться предложениями по активному совладанию с ситуацией.

Насколько я знаю, метод дебрифинга, предложенный Маршаллом, не был подвергнут процедуре формальных исследований. Однако он эффективно использовался армией США во время Второй мировой войны и израильскими солдатами с 1960-х годов. Его внутренняя логика похожа на опережающее воздействие на стадии влияния. Оба метода имеют целью укрепить группу, и только в качестве косвенного воздействия могут предупреждать развитие болезни у ее членов.

В итоге, как опережающее воздействие, так и дебрифинг являются моделями и примерами вторичной превенции, которые подходят для стадии воздействия как с гражданской, так и военной травмой. Опережающее воздействие расценивает солдат как здоровых людей, способных к тому, чтобы вынести тяжелые обстоятельства. Возвращение солдата к активному совладанию в рамках его первоначальной групповой поддержки укрепляет как группу, так и отдельного индивида. Сходным образом, дебрифинг не предполагает интерпретаций и не фокусируется на чувствах; скорее, он имеет целью восстановить силу группы для оказания поддержки и косвенного укрепления ее участников.

Терапия на посттравматической стадии

Выжившие после травмы испытывали беспомощность перед лицом угрозы уничтожения. Этот ужасный опыт мог подорвать, возможно, даже разрушить, те структуры, на которых основывается чувство осмысленности, упорядоченности и оправданности происходящего. Ощущение внутреннего и внешнего порядка у тех, кто пережил травму, может обернуться переживанием хаоса, а чувство контроля над происходящим и над собой – быть уничтожено. Начиная с этого момента, они могут начать воспринимать мир враждебным, непредсказуемым местом. Это восприятие происходящего как хаоса, беспомощность и недостаточный контроль важны для диагностики посттравматической реакции – более, чем какой-либо синдром или поведение. Восстановление чувства осмысленности и упорядоченности или приучение себя жить без них могут быть самыми главными целями интервенций на посттравматической стадии.

Ощущение недостаточного контроля над происходящим способствует возникновению переживания беспомощности. Выживший может воспринимать мир враждебным, а себя – постоянно находящимся под угрозой влияния случайных событий.

Для противостояния этому чувству беспомощности выживший может избегать стимулов, провоцирующих возникновение травматических воспоминаний. Это избегание, если оно становится стилем жизни, приводит к постепенному снижению жизненной активности и ограничению опыта, а также социальной изоляции. Подобное самоограничивающее поведение типично для посттравмы. Расширение видов деятельности и опыта для восстановления утраченных сторон жизни может быть другой важной целью терапии на этапе посттравматической стадии. Расширение репертуара паттернов поведения должно осуществляться продуманным образом – для предотвращения эмоциональной перегрузки, которая может задержать процесс восстановления.

Одним из естественных процессов для человеческого существа в попытке восстановить чувство осмысленности и упорядоченности является повторяющееся возвращение к травматическому опыту, чтобы понять, что произошло, собирая фрагменты в полную картину или нарратив. Реконструкция травмы в терапии имитирует естественный механизм реабилитации. То, что DSM-IV называет симптомом ПТСР, а именно интрузию, не более чем реабилитирующее действие реконструкции и повторного проживания травмы. Интрузия несет реабилитационный характер только в том случае, если она не перегружает выжившего. Потому некоторую интенсификацию интрузии после того, как были предприняты попытки расширения жизни, нужно рассматривать в позитивном ключе. Но когда такая реконструкция проводится слишком интенсивно, существует риск наводнения переживаниями беспомощности до уровня ретравматизации. Страх подобного наводнения вызывает избегание ассоциированных с воспоминаниями триггеров. В терапии крайне важен баланс между потребностью, с одной стороны, расширять жизнь и реконструировать травму, а с другой – потребностью чувствовать безопасность и контроль над происходящим.

На *стадии воздействия* интенсивность боли и тревоги создает защитную диссоциацию. Эта тенденция продолжается до посттравматической стадии, а иногда – всю жизнь. Диссоциация уменьшает уровень осознанно переживаемой боли путем расщепления опыта на фрагменты – или вдоль оси времени, или вдоль каналов коммуникации, или комбинируя эти варианты.

В первом случае, изолированные фрагменты травмы «всплывают», минуя закон непрерывности времени. В последнем – каждый канал коммуникации несет с собой фрагмент травмы, которые хранятся отдельно и недоступны другим каналам, делая невозможным для субъекта увидеть всю картину. В этом смысле, каналы коммуникации относятся к эмоциям, чувствам и мышлению. Нормально функционирующая память с готовностью интегрирует информацию, поступающую через различные каналы; диссоциация значит, что нет общей репрезентации происшедшего. В результате возникают замешательство, сниженное чувство контроля над происходящим, хронические сложности в общении между различными частями личности.

Посттравматическая реакция включает в себя встроенный конфликт. С одной стороны, повторное проживание травматического опыта уменьшает диссоциацию, расширяет жизненные перспективы и снижает переживание боли и беспомощности. С другой, диссоциация снижает боль и беспомощность, при этом подавляя способность совладать с жизнью и ухудшая творческий потенциал и коммуникацию. Предоставление информации о травматическом процессе и встроенном в него конфликте может помочь клиенту получить новое видение происшедшего и частично восстановить чувство осмысленности и упорядоченности. Это новое понимание может также способствовать созданию новых жизненных целей, поощрять выжившего быть не пассивным реципиентом, а более активным партнером в процессе исцеления и стать важным вкладом в процесс исцеления.

Терапия *на посттравматической стадии* имеет целью постепенно снизить диссоциацию и способствовать реконструкции травмы, избегая при этом наводнения переживаниями в процессе работы. Использование перцептивных и имажинативных

техник, направленных на интеграцию диссоциации («диссоциативные инструменты») и реконструкция для осуществления процесса восстановления от травмы может помочь достичь такого баланса. Примером диссоциативного инструмента является представление видеоканеры или экрана телевизора, через которые просматривается травматическое событие. Смотрящий волен остановить и возобновить просмотр по собственному желанию, так же как и ускорить или замедлить пленку – чтобы чувствовать себя в безопасности. Сходным образом, время реконструкции можно намеренно сделать кратким, просматривая за каждый подход маленькую часть травматического опыта. Более того, качество образа часто влияет на количество ассоциированных с ним эмоций. Как правило, субъект переживает меньше эмоций, когда образ неподвижный, черно-белый, не панорамный, а скорее, оформленный, не полностью освещенный, а скорее, бледный, нерезкий, на небольшом экране и т.д. То же касается аудио-образов: меньшая громкость, более низкое качество, слышимость только одним ухом и т.д. Такие инструменты помогают в создании чувства дистанции и защитного экрана между зрителем и его опытом. Самоконтроль над силой эмоциональной реакции касательно памяти о травме – ключевой элемент в применении этих инструментов.

В добавок к укреплению чувства контроля, подобные техники предписывают выжившему в травме более активную роль, а также усовершенствуют восприятие себя как совладающего субъекта, а не жертвы. Выживший превращается в партнера в создании более адаптивных для себя диссоциативных инструментов. Косвенное самовыражение через рисование, драму и т.п. также может быть полезным в реинтеграции травматических воспоминаний.

Другой целью посттравматической терапии является приобретение способности различать, с одной стороны, чувство беспомощности, идущее от внешней угрозы, и чувство беспомощности, которое возникает «изнутри» (из-за повторного проживания травматического опыта), с другой. Неспособность сделать такое различие ведет к возникновению внутренней беспомощности. Располагая такой возможностью, человек может сказать себе: «я чувствую беспомощность» или «я вспоминаю тот опыт, в котором был беспомощным», вместо «я беспомощен». Способность делать такое разделение улучшает самооценку и делает возможным запуск различных стратегий совладания, позволяя выжившим реагировать дифференцированно: готовностью к действиям и прямыми действиями на внешнюю угрозу и расслабленностью и раздумьями на те ситуации, когда чувства связаны с воспоминаниями.

Выводы. Травма включает три стадии. Хотя все они имеют нечто общее, например, важность совладания и восстановления чувства контроля над происходящим, каждая стадия требует специфических интервенций.

Интервенции на *стадии тревоги* представляют собой стратегия планирования. Основная модель здесь, в основном, превенция, в которой информация об угрозе и способах совладания с распространяются среди людей, а человек и группа планируют и выбирают средства, необходимые для успешного совладания.

Терапия на *стадии воздействия* представляет собой вторичную превенцию, запускаемую для активного совладания с угрозой. Наилучшие ее модели – это модель дебрифинга Маршалла и модель опережающего воздействия Салмона.

Терапия на *посттравматической стадии* имеет дело с реабилитацией того психологического вреда, который, возможно, был нанесен травматическим переживанием. Иногда это может значить – научиться жить с этими повреждениями-