

**ПСИХОТРАВМА И ВЫЗВАННЫЕ ЕЮ  
НАРУШЕНИЯ: ПРОЯВЛЕНИЯ, ПОСЛЕДСТВИЯ  
И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ**

**PSYCHOTRAUMA AND RELATED DISORDERS:  
MANIFESTATIONS, CONSEQUENCES AND MODERN  
APPROACHES TO THERAPY**

*О. И. Романчук,  
врач-психотерапевт, детский  
и подростковый психиатр,  
руководитель отделения развития ребенка  
учебно-реабилитационного центра  
«Джерело» (Львов, Украина)*

*O. I. Romanchuk,  
psychotherapist, child and adolescent  
psychiatrist, Head of the child development department  
of the educational and rehabilitation center  
"Dzherelo" (Lviv, Ukraine)*

*Аннотация.* В современной психиатрии проблеме психической травмы и расстройств, вызванных ею, уделяется очень большое внимание. В данной статье рассмотрена современная модель происхождения и проявлений расстройств, связанных с психотравмой, а также подается краткий обзор рекомендованных современными протоколами терапевтических подходов.

*Ключевые слова:* когнитивно-поведенческая терапия; психотерапия; ПТСР протокол.

*Annotation:* in modern psychiatry, a lot of attention is paid to the problem of mental trauma and disorders caused by it. This article examines the current model of understanding the origin and manifestations of trauma-related disorders, and provides a brief overview of the therapeutic approaches recommended by modern protocols.

*Keywords:* cognitive behavioral therapy; psychotherapy; PTSD, protocol.

В человеческой жизни, к сожалению, порой имеют место психотравмирующие события: физическое и сексуальное на-

силе, ДТП, природные и техногенные катастрофы, несчастные случаи и тому подобное. Согласно оценкам исследователей, например, в США у 60 % лиц при жизни наблюдается, по меньшей мере, одно такое событие, три травматических события и более – у 17 % мужчин и 13 % женщин (Friedman, 2006). Конечно, в «горячих точках» земного шара частота таких событий значительно выше, например, в таких странах, как Алжир, Камбоджа, Ирак она оценивается в 92 %. Украинская статистика автору статьи неизвестна – мы можем себе только представить, сколько событий носили «массово травматический характер», как много их выпало на историю Украины хотя бы за последнее столетие и вызванные ими психосоциальные травмы: голодомор, война, репрессии, Чернобыль... Травматические события часто имеют место и в детстве: до 18 лет минимум у 30 % лиц будет хотя бы одно такое событие. При этом большинство травм, которым подвергаются дети, – это не техногенные или природные катастрофы, а домашнее, школьное насилие; насилие, которому подвергаются дети, воспитываемые в интернатных заведениях. К сожалению, большинство фактов насилия по отношению к детям являются скрытыми – зависимые от своих обидчиков, запуганные ими, дети не могут рассказать свои истории. Опять же, особую категорию риска составляют дети, которые воспитываются в неблагополучных семьях и дети-воспитанники интернатных учреждений. Согласно данным исследований, вероятность испытать повторное насилие для этих детей возрастает в 5 раз, и эта проблема в Украине является особенно острой [7]. Статус ребенка-сироты, его зависимость от персонала, характер пребывания в интернате (во многих случаях это своеобразная замкнутая система, в которой есть своя иерархия и идет борьба за выживание) увеличивают не только риск насилия, но и риск того, что оно будет длительным, повторным и ребенок не сможет о нем заявить и вовремя обратиться за защитой, помощью.

Из лиц, переживших психотравмирующее событие, в значительной части «душевная рана», нанесенная психотравмой, не сможет зажить сама по себе с течением времени – минимум в 30 %

случаев разовьется заболевание, вошедшее в психиатрические диагностические классификации под названием «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР). ПТСР является одним из наиболее распространенных психиатрических расстройств – по меньшей мере 7 % лиц (5 % мужчин, 10 % женщин) будут иметь его в течение жизни. Из них, к сожалению, около у 30 % лиц его течение будет иметь хронический характер с возможной персистенцией симптомов в течение 10 лет и более. Впрочем, ПТСР не единственное расстройство, связанное с психотравмирующими событиями. Существует гипотеза, и это является предметом интенсивных дискуссий, что с психотравмой связан целый спектр расстройств: от простых форм ПТСР до его комплексных форм, а также сложных диссоциативных расстройств, в частности диссоциативного расстройства идентичности.

В качестве примера хронической формы ПТСР рассмотрим пациентку Юлию, 24-х лет. Когда Юле было 9 лет, ее изнасиловал дядя – он позвал девочку пойти пасти с ним в лес корову, где силой принудил к половым отношениям, а затем запугал, что убьет ее и ее маму, если она осмелится рассказать, что случилось. Испуганная девочка ничего никому не сказала, хотя, по ее словам, долгое время переживала сильный страх, постоянно думала об этом, перестала в школе хорошо учиться, потому что просто не могла сосредоточиться на учебе из-за тревоги. Несмотря на то, что мама спрашивала, что с ней, объясняла какими-то отговорками типа «плохо себя чувствую». Много лет девушка держала это все в тайне, хоть постоянно те воспоминания налетали, словно «призраки», ввергая в прошлое. И, несмотря на все попытки забыть, оно не забывалось, преследовало как днем, так и ночью: «Несколько раз в неделю мне снится, что меня снова насилуют», – рассказывала Юля, которая в 24 года обратилась за психотерапевтической помощью по рекомендации священника, которому призналась об этом во время исповеди. На вопрос, как повлияло это событие на ее жизнь, Юля говорит: «Оно разрушило мою жизнь. Я стала гадка себе. Я из отличницы перешла в разряд чуть ли не двоечниц. Тогда я стала более замкнутой, стала сторониться друзей,

общения с ровесниками. Я даже не думаю о женитьбе – сама идея иметь половые отношения меня пугает. И я живу в постоянном страхе. Моя душа как замок, где царят призраки. Те воспоминания не дают мне жить полноценной жизнью. Когда они «выскакивают» – я словно проваливаюсь в прошлое, переживаю заново весь страх, ужас, стыд того события. Я стараюсь тоже избегать всего, что может вызвать те воспоминания: не езжу в деревню, где это произошло, не люблю прогулок на природе; когда смотрю фильм и чувствую, что в нем может быть похожий сюжет – сразу выключаю...»

Большинство лиц с ПТСР не обратятся за надлежащей помощью – сама природа этого расстройства такова, что человека «преследуют» страшные болезненные воспоминания о прошлом, поэтому она хочет забыть, убежать от них, надеясь, что «их вылечит время». Поэтому идея пойти к психотерапевту и «ворочить болезненное прошлое» для многих людей неприемлема. И не удивительно, что у части лиц со временем развиваются вторичные расстройства – депрессия (48 %), злоупотребление алкоголем/алкогольная зависимость (28 % женщин, 52 % мужчин) и тому подобное [11]. Другой проблемой является и то, что даже когда человек обращается за помощью, это расстройство часто неправильно диагностируется и лечится – в частности, нередко предлагается лишь медикаментозная терапия. Однако возможности фармакотерапевтической помощи при ПТСР довольно ограничены. Лекарственные средства могут снизить выраженность отдельных симптомов расстройства. Хотя на сегодня, согласно данным исследований, наиболее эффективными методами помощи при ПТСР являются два травмофокусированные психотерапевтических подхода: травмофокусированная когнитивно-поведенческая терапия (ТФ-КПТ) и метод десенсибилизации и репроцессуализации травм с помощью движения глаз (EMDR). Именно они рекомендованы современными протоколами помощи при ПТСР как метод помощи первого выбора: «Всем людям, которые страдают от посттравматического стрессового расстройства, показана травмофокусированная психотерапия (ТФ-КПТ или EMDR). Она должна предоставляться обычно в

амбулаторном режиме. Медикаментозная терапия при ПТСР не является лечением первого выбора, им являются выше упомянутые методы травмофокусированной терапии» ([2] Протокол Национального института клинического мастерства Великобритании [NICE], 2004, с. 4). Данный протокол также довольно категорически не рекомендует применение других методов психотерапии, поскольку они не имеют столь четко продемонстрированной в исследованиях клинической эффективности, как ТФ-КПТ и EMDR. Высокая эффективность ТФ-методов терапии понятна, учитывая патогенетические механизмы развития ПТСР, которые будут рассмотрены ниже. Поскольку ПТСР по своей природе является расстройством интеграции травматических воспоминаний в автобиографическую память, то естественно использовать не столько медикаменты, как методы, непосредственно структурированно работающие с этими воспоминаниями, что будет способствовать их интеграции и, соответственно, вести к редукции симптомов расстройства. Это, в частности, подтверждает недавнее исследование, проведенное в Израиле [3], где сравнивали эффективность антидепрессантов группы СИОЗС и ТФ-КПТ при терапии ПТСР и предупреждения перехода ПТСР в хроническую форму (при которой продолжительность симптомов ПТСР составляет более 3 месяцев). Именно это исследование подтвердило высокую эффективность ТФ-КПТ (полное выздоровление у 79 % лиц); впрочем, к сожалению, оно же показало, что применение антидепрессанта эсциталопрама не дало никакого преимущества пациентам, которые его принимали (их показатели по ПТСР были такие же, как и у лиц контрольной группы, которые «стояли в очереди» на терапию). Вывод этого исследования, как и многих других, и, собственно, как лейтмотив данной статьи: помочь людям, которые страдают ПТСР, необходимо развивать и сделать доступными травмофокусированные методы терапии ТФ-КПТ и EMDR. Это особенно актуально в Украине, где эти методы психотерапии еще очень редки.

**Симптомы ПТСР и механизм их происхождения.** Как уже отмечалось выше, далеко не у всех людей, переживших психо-

травмирующую событие, разовьется ПТСР. Риск развития этого расстройства зависит от многих факторов.

1. Характеристики травмы – вид и «доза» травмы: чем больше угроза жизни, физическая близость, непредсказуемость и неконтролируемость травматического фактора, тем больше риск. Свою роль играет также и фактор жестокости – травмы, причиненные человеку человеком, чаще приводят к ПТСР, чем стихийные бедствия и техногенные катастрофы. Причем сексуальное насилие у большинства потерпевших приводит к ПТСР, чаще, чем насилие физическое. Повышает риск развития ПТСР также непосредственная вина жертвы в несчастном случае, гибели близких людей, а также присутствие фактора измены. И, конечно, множественные травматические события (особенно в детстве) составляют высшую степень психотравмирующего воздействия и связаны с риском развития так называемого комплексного ПТСР.

2. Характеристики потерпевшего в момент травмы: особенности субъективного восприятия травмы (например, как заслуженная кара и тому подобное), особенности состояния в момент травмы (самоизоляция, употребление алкоголя и др.), наличие других психических заболеваний к моменту травмы, личностная незрелость со склонностью к самообвинениям, негативным самовосприятием, перенесенные и не интегрированные травмы в детстве (в таком случае недавняя травма может открыть «ящик Пандоры» из прошлого). С другой стороны, наличие внутренних ресурсов увеличивает сопротивляемость к травмирующему воздействию. У детей, учитывая нехватку «зрелых» ресурсов, к преодолению травматического события риск развития ПТСР после перенесенного психотравмирующего события выше и в большой мере будет зависеть от того, как переживают событие родители, насколько они могут помочь ребенку в «интеграции» данного опыта. Также обнаружены определенные гены, наличие которых увеличивает риск ПТСР после перенесенной психотравмы.

3. Характеристики социального окружения потерпевшего: недостаток социальной поддержки, одиночество, нездоровые

реакции со стороны родных (отвержение, обвинение, замалчивание факта травмы, стигматизация и т. п.). Опять же, наоборот: наличие социальных ресурсов является сильным профилактическим фактором.

4. Другие факторы: например, травма затронула одного человека или целую общину; наличие сопутствующих жизненных стрессов и проблем, вызванных травмой, так и тех, что существовали до травматического события; доступность форм психологической помощи, превентивных программ.

**Какие же механизмы вызывают развитие ПТСР?** Для понимания этого важно пересмотреть, как работают механизмы памяти и как травматическое событие «записывается» в мозг. У человека есть два вида памяти: имплицитная и эксплицитная (таблица).

*Таблица – Имплицитная и эксплицитная память*

<b>Имплицитная память</b>	<b>Эксплицитная память</b>
<p>Есть от рождения, это первичная память. Обуславливает «быстрое», первичное восприятие событий (например, ситуации как опасной) и генерирования соответствующих эмоциональных реакций на событие (например, страх), поведенческих (беги/нападай/замри) и телесных состояний (например, активация симпатической системы, приведение тела в «боевую готовность») – соответственно является составляющей так называемой быстрой нейрональной сети оценки ситуации и первичной «подкорковой» оценки и соответствующей реакции на ситуацию. Ведет также к</p>	<p>Связанная с созреванием определенных структур мозга и развитием речи – появляется после двух лет, это нарративная память, организованная с помощью речи. Реализуется, в частности, через лобную кору и гиппокамп. Состоит из фактической и аутобиографической памяти. Является составляющей, так называемой медленной нейрональной сети оценки ситуации – когда информация анализируется, сравнивается с прошлым опытом, накопленными знаниями и тогда генерируется более сознательная «корковое» реакция на событие. Воспоминания контролируются, различные составляющие воспоминаний интегрированы,</p>

<b>ИмPLICITная память</b>	<b>Эксплицитная память</b>
<p>формированию определенных ментальных моделей (и связи между определенными характеристиками среды и соответствующими реакциями на них). Не имеет субъективного ощущения воспоминания, то есть прошедшего времени («то, что вспоминается, переживается так, словно оно происходит сейчас»). Не требует сознательного внимания, автоматическая. Включает перцептивную, эмоциональную, поведенческую и телесную память, фрагменты перцепции не интегрированы. Регулируется миндалевидным телом: это наша быстрая, автоматическая, когнитивно необработанная реакция на события</p>	<p>есть субъективное ощущение прошлого/ настоящего (они словно разделы книги). Требуется сознательного внимания. Подвергается активной реорганизации в ходе жизни. Роль гиппокампа очень важна – интегрирует различные фрагменты памяти, "сплетает", архивирует, организует память, связывает с идеями, нарративным автобиографическим контекстом (в этом процессе интеграции задействована тоже фронтальная и другие отделы коры мозга)</p>

При ПТСР травматическое событие записывается в виде имплицитной памяти и не происходит ее интеграция в автобиографическую нарративную память. Это может быть вызвано как нейроэндокринными реакциями в момент стрессового события (в частности, есть гипотеза, что высокая концентрация глюкокортикоидов может блокировать интегративные процессы в гиппокампе – согласно исследованиям, его объем у лиц с хроническим ПТСР является уменьшенным), так и защитным «включением» механизма диссоциации. Суть этого механизма заключается в разъединении «нейрональных сетей», отвечающих за различные составляющие сознания человека: таким образом, та сеть нейронов, которая бережет записанные в форме имплицитной памяти воспоминания о травматическом событии и соответствующем, связанном с этим событием эмоциональном состоянии, ограничивается из «поля сознания» [8]. Метафорически это можно



сравнить с образованием определенной ширмы-перегородки в сознании, которая отгораживает «привычную зону» от травматического прошлого, от которого хочется убежать и спрятаться, потому что оно слишком болезненно. Образование этого диссоциативного барьера в системе памяти, который часто в дальнейшем удерживается активным избеганием травматического материала в надежде, что если стараться не вспоминать, то событие забудется само собой, ведет к тому, что процесс интеграции травматической памяти блокируется, в соответствии с этим происходят симптомы ПТСР. Эти симптомы по механизму развития можно условно поделить на две группы. Первая из них связана с тем, что травматическая память не интегрируется, остается в форме имплицитной, соответственно воспоминания не «архивируются», а периодически «выскакивают» в сознание человека, вызывая выраженный дистресс – это так называемые положительные диссоциативные симптомы [8]. Человек, несмотря на нежелание, постоянно переживает травматическое событие вновь и вновь в форме интрузивных воспоминаний (визуальных, соматосенсорных и т. д.) – эти воспоминания носят характеристики имплицитной памяти: человек словно «проваливается» в прошлое, имеет такое ощущение, как будто вновь переживает травматическое событие, соответственно, активируются все эмоции, связанные с травмой. Эти воспоминания могут также присутствовать в снах человека буквально и символически, его могут преследовать кошмарные сновидения. Воспоминания могут «выныривать» самостоятельно или вызываться определенными «триггерами» – ситуациями или стимулами, которые напоминают о травматическом событии. Соответственно, может иметь место выраженное поведение избегания, цель которого – уменьшить контакт с триггерами и воспоминаниями. Отсутствие интеграции травматической памяти сопровождается и тем, что миндалевидное тело «удерживает» симпатическую нервную систему в состоянии постоянной гиперактивации – у человека могут быть постоянное чувство тревоги, его вегетативные симптомы, нарушения сна, повышенная раздражительность, трудности с концентрацией внимания.

«Мне страшно, мне постоянно страшно, – признается 9-летний мальчик, который стал свидетелем убийства своей мамы. Я каждый раз, как закрываю глаза, вижу кровь, и как мама лежит вся в крови. Я боюсь закрывать глаза ... я не могу иметь покоя днем, не могу учиться нормально. И ночью я все время просыпаюсь от страшных снов...»

«Я живу с постоянным ощущением, как будто это должно произойти снова, – рассказывает 22-летняя девушка, которая подверглась изнасилованию в возрасте 16 лет. – Я не могу расслабиться. У меня постоянное ощущение опасности. Когда я иду по улице, то постоянно оглядываюсь, не идет ли за мной кто-то. Когда я вижу кого-то хотя бы чем-то похожего на того парня, который изнасиловал меня, несмотря на то, что я знаю, что он в тюрьме и не может быть сейчас здесь, у меня моментальное чувство ужаса, паники. Я не могу ездить в лифте. Я не переношу запаха мужских духов (событие произошло в лифте, обидчик был надушен одеколоном). Когда меня неожиданно сзади кто-то тронет рукой или просто позовет, я подсакиваю так, будто бомба взорвалась. Они все удивляются, что со мной. А мне надо несколько минут, чтобы прийти в себя, чтобы сердце успокоилось. Мне трудно объяснить им, что в тот момент я не здесь, я там, в лифте. Я вижу его нож, приставленный к моему горлу. Я переживаю все те чувства снова так, как и тогда... я онемела после того события. Я перестала чувствовать жизнь. Я не знаю, что такое радость. Я знаю лишь одно состояние – напряжение, страх. Я, в общем, помню то событие, но те воспоминания как фрагменты пазлов – некоторые есть, а некоторые словно потерялись».

Вторая группа воспоминаний [8] связана с отсутствием, утратой определенных аспектов психической жизни, что обусловлено образованием диссоциативных «барьеров». К этим симптомам может относиться потеря памяти относительно травматического события или отдельных его деталей, общее эмоциональное «онемение», чувство общего «отчуждения» и тому подобное. Попытка избежать столкновения с воспоминаниями о травматическом событии имеет в своей основе фобию

отдельных аспектов собственной памяти, собственной внутренней жизни. Соответственно, жизненное пространство человека может существенно ограничиваться – как внутреннее, интрапсихическое, так и внешнее, ведь многие аспекты внешнего мира являются триггерами внутренних переживаний. Человек с ПТСР, особенно при сложных его формах, связанных с опытом хронической травматизации в детстве, может постепенно маргинализироваться во внешнем мире, а также во внутреннем – жить на периферии собственной души... Вышеупомянутая пациентка последние несколько лет перед психотерапией не работала, редко выходила из дома, имела очень ограниченный круг общения.

Другая пациентка, Аня, 33 года, пришла на психотерапию со странным запросом – можно ли уничтожить из памяти прошлое, помочь забыть то, чего не помнишь, но что имеет лишь ощущение, догадку? В моем детстве было что-то страшное, не знаю что, но имею ощущение, что это что-то очень страшное. Я хочу это забыть, вырвать и сжечь, как страницу из книги, чтобы нельзя было восстановить. В ее детстве действительно были, как оказалось потом, кошмарные вещи – регулярно повторяющееся в течение нескольких лет сексуальное насилие. Долгое время в течение детства эта женщина, чтобы выжить, своего пострадавшего, израненного «внутреннего ребенка» просто закрыла в неприступной внутренней комнате, в подzemелье, что напоминает сюжеты некоторых сказок. И чтобы не слышать этих «криков, доносившихся из подzemелья», она должна была жить на достаточно большом расстоянии от своего внутреннего мира – постоянно занята работой, а если не работой, то развлечениями, «экстремальными» видами спорта, алкоголем и тому подобное.

Комплексное ПТСР у отдельных лиц носило хронический характер, и нередко наблюдалась множественная травматизация. Конечно, в таких случаях ее последствия более выражены и для обрисовки более сложной формы ПТСР клиницисты употребляют термин, который пока отсутствует в диагностических категориях, – «комплексное посттравматическое стрессовое расстройство». Его дополнительными симптомами являются выраженные нарушения регуляции эмоций (выраженная

дисфория, нарушение контроля злости и тому подобное), нарушение сознания (длительные состояния дереализации-деперсонализации), самовосприятия (ощущение собственной беспомощности, идентичность жертвы, выраженный стыд и ощущение собственной дефективности др), выраженные нарушения в сфере социальных отношений (социальная изоляция, выражено недоверие людям), нарушения в системе ценностей и некоторые другие симптомы [9]. Когда комплексная травма имела место в детстве, во время формирования личности, то ее последствия есть не только в симптомах ПТСР, но и в нарушении личностного развития, дезорганизации системы привязанности, других нарушениях. К сожалению, в Украине еще очень слабая система социальной защиты детей, и многие дети проживают длительное время в крайне неблагоприятной, травматической среде.

Это воспоминания 8-летнего мальчика: «Я не знаю, кто мой папа. А маму мою звали Ира. Моя жизнь с ней была печальна. Она сильно била меня, я от нее убегал в лес, по вечерам, по ночам, днем. Мама ходила по помойкам. Когда она была пьяна, кричала, что не хочет меня больше видеть. Я боялся тогда с ней оставаться, боялся, что она меня убьет. Я ложился спать в лесу под деревом, если то было лето. А зимой просился к людям. Иногда мама закрывала меня в подвале. Там было темно и холодно. Ее порой очень долго не было. Мне сейчас тоже страшно, когда темно... Когда у меня родилась сестра, я обрадовался, думал, что теперь не буду одинок. Моя жизнь стала веселее, я баюкал ее, очень любил. Я думал: моя сестра вырастет, мне будет хорошо, буду с ней забавляться. Но однажды мама взяла меня куда-то с собой, а сестренку оставила дома. Нас не было дома два дня, а когда мы вернулись, я побежал к колыбели, а она была холодная, неживая... Я очень плакал, очень плакал, а мама говорила: «чего ты плачешь, я рожу тебе вторую...». И я тогда перестал плакать... Моя мама много раз, когда была зла и била меня, кричала, что убьет. Она тоже брала меня по ночам с собой на кладбище, где воровала венки, украшения. Мне тогда было очень страшно. Мне казалось, что она меня берет туда,

чтобы убить. Хотя она и умерла, мне порой до сих пор кажется, особенно ночью, что она жива и что придет сейчас с ножом, чтобы меня убить... по ночам мне часто снятся призраки, чудовища, которые гонятся за мной. Просыпаюсь и не знаю, где я. Тогда мне очень страшно. Мне кажется, что я там, в нашем доме, где мы жили с мамой... я тогда прихожу к моему теперешнему папе в постель, мне хочется приклеиться к нему... мне хочется всё то забыть, потому что когда вспоминаю, мне тогда становится очень грустно и страшно...».

На протяжении последних десятилетий опыт хронической травматизации в раннем детстве находится в фокусе интенсивных научных исследований, и на сегодня мы знаем довольно много о негативном влиянии травматизации на психологическое развитие ребенка и на формирование центральной нервной системы [1]. Так, предлагается ввести в международную классификацию болезней и новое расстройство – травма развития [13]. Если попытаться лаконично суммировать данные этих исследований, то их можно свести в следующие пункты [6,8] (рисунок).



*Рисунок –Последствия влияния хронической травматизации на психологическое развитие ребенка*

1. Опыт хронической травматизации ведет к формированию у ребенка чувства постоянной угрозы, что переводит его мозг в состояние постоянного ожидания опасности. В случае травмы развития источником опасности являются те лица, к которым ребенок должен бы иметь привязанность, которые должны удовлетворять его эмоциональные и биологические потребности, быть источником безопасности. Поэтому, как это ни парадоксально, источник безопасности становится одновременно источником опасности, ведущей к формированию дезорганизованной модели привязанности. Поведение ребенка дезорганизуется между полярно противоположными восприятиями образа родителей: «я боюсь тебя / я жажду твоей любви», «я нуждаюсь в тебе / я ненавижу тебя» и т.д.

2. Такой противоположный опыт не может интегрироваться в головном мозге ребенка – соответственно психобиологическая система его мозга так же дезорганизуется, имеет место диссоциации, и в мозге, и в психике ребенка, так же начинают сосуществовать отдельные «частицы» опыта: доля, которая избегает отношений, и доля, которая хочет отношений, доля, которая переживает злость, и доля, которая переживает страх, доля, которая помнит опыт ущемления, и доля, которая ничего не помнит и т. п. Такое расщепление, фрагментация наблюдаются как в эмоциональной жизни, так и в памяти, поведении, телесном функционировании. В крайних формах такая фрагментация сознания на частицы может проявляться диссоциативным расстройством идентичности.

3. Повторный, часто непредсказуемый характер травматических событий ведет к формированию у ребенка «ожидания нападения» – его тело постоянно «мобилизовано», в состоянии хронического стресса, концентрация гормонов стресса (норадреналина и глюкокортикоидов) также повышена, что приводит к нейрогормональным нарушениям, нарушениям биологических функций (сон, еда, выделение и др), угнетению функций иммунной системы, психосоматическим заболеваниям.

4. Как следствие, память о травматических событиях не может должным образом организоваться, интегрироваться.

Соответственно, части памяти могут быть "диссоциированы" – словно скрыты за кулисами – и тогда имеет место то, что мы называем амнезией, а остальные части памяти неуправляемы: они могут напоминаться, интуитивно переживаться ребенком снова и снова. Когда внутренний мир ребенка переполнен такими болезненными воспоминаниями, неинтегрированными фрагментами травматической памяти, это становится похожим на жизнь в замке, в подzemелье которого орудуют призраки, преследующие его хозяина.

5. Конечно, жизнь в таком «замке» становится очень неорганизованной – управлять вниманием, должным образом организовывать свое поведение в соответствии с целями становится очень сложно. Дезорганизация психической жизни, дезинтеграция систем мозга приводят к нарушениям планирования, управления вниманием, самоорганизации поведения, нарушениям контроля импульсов и тому подобное.

6. Подкорковые отделы мозга, отвечающие за тревогу, реакции бегства / нападения постоянно активированы, что делает реакции ребенка на стимулы внешнего мира также дезорганизованными. Ребенок воспринимает опасность там, где её нет, он реагирует нападением, агрессией или же страхом/бегством, реакцией замри/«отключись» на относительно нейтральные события.

7. Ожидание нападения/опасности ведет к тотальному недоверию, восприятию других людей исключительно в качестве источника опасности. Ребенок приписывает другим людям негативные мотивы, ожидает от них агрессивного поведения, продолжения насилия, ему трудно поверить, что намерения, отношение других людей могут быть другими.

8. В особо тяжелых случаях, когда насилия было слишком много и когда не было никакого другого доброго близкого человека, чтобы ребенок мог понять, что в мире, кроме ненависти и насилия, есть еще что-то другое, у ребенка может сформироваться ощущение, что насилие является нормой отношений. Поэтому ребенок может начать сам обижать других,

в частности более слабых, или же принимать пассивную роль жертвы – как в детстве, так и во взрослом возрасте.

9. Когда насилие имело сексуальный характер (к сожалению, это случается довольно часто), такое же искажение того, что является нормой, переносится на сферу отношений между людьми, в частности и относительно интимного, полового характера отношений. Соответственно, может иметь место сексуализация поведения ребенка, перенос опыта полового насилия в новые отношения в роли жертвы / обидчика, формирование негативного образа собственного тела, нарушение восприятия границ своего личного / телесного пространства, пространства других людей.

10. Опыт травматизации переполняет внутренний мир ребенка чувствами страха, стыда, злости, вины, обиды, одиночества и тому подобное. Эти чувства ребенок не может самостоятельно интегрировать, соответственно они могут быть либо «диссоциированы», «вытеснены» (тогда наблюдаем эмоциональное онемение, безэмоциональность), либо же проявляться поведенческими реакциями, бурными выбросами их «наружу» в форме приступов ярости, плача и тому подобное. Попытками регуляции чувств могут стать упоминавшиеся выше аутостимуляционные движения, мастурбация, самоповреждающее поведение. Со временем – алкоголь, наркотики и другие, более «взрослые» способы регуляции чувств.

11. Опыт хронической травматизации в детстве, вызывая многочисленные нейробиологические нарушения и негативно влияя на психосоциальное развитие ребенка, делает его склонным к вторичному развитию ряда психиатрических расстройств в детстве, подростковом и взрослом возрасте, в частности поведенческих расстройств, аффективных (депрессии, суицидальности), тревожных, злоупотребления психоактивными веществами, расстройств личности, пищевого поведения и тому подобное.

Современные подходы к помощи лицам с ПТСР, как уже упоминалось выше, согласно данным современных исследований, представлены в виде двух методов психотерапии,



имеющих доказательства эффективности в отношении терапии ПТСР (ТФ – КПТ и EMDR) – их эффективность установлена несколькими десятками рандомизированных контролируемых исследований [2]. При этом оба метода показали в исследованиях примерно одинаковую эффективность. Кроме того, установлено, что медикаментозная терапия может быть тоже весьма полезной для части пациентов с ПТСР – в частности антидепрессанты группы СИОЗС,  $\beta$ -блокаторы и атипичные нейролептики. Впрочем, как было отмечено выше, эффективность фармакотерапии ниже по сравнению с такой ТФ-психотерапией, именно поэтому последней отводится роль терапии первого выбора. Целью данной статьи является не детальное рассмотрение характеристик ТФ-психотерапии, заинтересованный читатель может узнать об этом больше в соответствующих источниках [12, 13], представим лишь кратко эти два подхода. Оба метода имеют между собой много общего. В частности, они предусматривают тщательное исследование каждого индивидуального случая и построение терапевтического плана. Учитывая широкий спектр расстройств, связанных с психотравмой, возможные сопутствующие расстройства и социальные проблемы, этот план может быть очень разным у отдельных пациентов, привлекать при необходимости социальные вмешательства, родных и тому подобное. Длительность терапии зависит от степени тяжести ПТСР: при простых формах это может быть довольно кратковременное лечение (6–12 сессий), при комплексных – много месяцев, а то и лет. В обоих подходах терапия происходит согласно определенным стадиям.

На первой стадии проводится психопросвещение, целью которой является нормализация, объяснение симптомов ПТСР (нормальная реакция на ненормальное событие), обучение пациентов базовым техникам самопомощи при появлении интрузивных воспоминаний, тревоги и тому подобное. Большая роль на первой стадии отводится решению «текущих» проблем и достижению базовой социальной стабилизации. Важным может быть привлечение родных (для детей это обязательно). Когда взрослый человек или ребенок дальше находятся в трав-

матической среде, важно обеспечить защиту от дальнейшей травматизации. В отдельных случаях это требует радикальных социальных действий, например изъятия ребенка из неблагополучной семьи и переход в приемную. На первой фазе может устанавливаться альянс с терапевтом, проводится работа по достижению определенной «внутренней» стабилизации, развитию навыков эмоциональной регуляции, «накоплению ресурса». При комплексных формах ПТСР эта фаза может быть очень длительной, при простых – 1–2 сессии. При сложных диссоциативных расстройствах, связанных с комплексной травматизацией в детстве, на этой фазе может проводиться длительная работа с внутренними «частями» (обиженный ребенок, карающая часть, самоповреждающая и т. д.) – работа над стабилизацией внутренней системы [8].

На второй фазе происходит конфронтация с травматическим материалом – систематический способ с использованием соответствующих техник каждого из подходов, когда происходит контролируемое «упоминание» и соответствующая «процессуализация», интеграция воспоминаний и связанных с ними эмоций, убеждений. При EMDR эта процессуализация травмы происходит посредством одновременного упоминания и отслеживание пациентом взгляда за движением руки терапевта вправо-влево или же другой формой билатеральной стимуляции (поочередными касаниями к левой/правой ладони, аудиостимуляцией, и тому подобное). Есть гипотеза, что такой двойной фокус внимания – на травматическом материале и на стимулах, поочередно активируют левую/правую полушарие, ориентируют внимание человека на том, что происходит «здесь и теперь» – задействует механизм ускоренной процессуализации информации и способствует интеграции травматических воспоминаний в эксплицитную нарративную память. Несмотря на то что существуют различные гипотезы относительно того, какой основной действующий компонент методики EMDR, во многих исследованиях четко установлена высокая эффективность этого подхода и то, что его действующий компонент отличен от эффекта только одной экспозиции, которая применяется в

отдельных техниках КПТ, в частности, так называемой пролонгированной экспозиции. Что касается ТФ-КПТ, то на этапе конфронтации с травматическим материалом происходит похожий процесс упоминания и процессуализации травмы. Арсенал техник КПТ достаточно широк – это и контролируемая экспозиция (длительное упоминание травматического события), нарративные и когнитивные техники (написание истории травмы и проработка как воспоминаний, так и сопутствующих убеждений и мыслей относительно этого события и др.), техники рескрипции (откорректированной «перезаписи» в воображении) травматического события и тому подобное. Проработка травматического материала может быть достаточно быстрой в случае простых форм ПТСР и очень длительной – при комплексной травматизации, истории множественных травматических событий. При этом может чередоваться конфронтация с травмой и задача первой фазы (стабилизации, «накопления ресурса»). Когда травматический материал обработан («раны заживают и больше не болят»), возникают задачи третьей фазы, которая связана с «оплакиванием потерь и возвращением к жизни в новых его реалиях». Терапевт сопровождает пациента в проработке вызванных травмой потерь и до формирования новых (или возвращения к старым) жизненных целей, ориентиров, пересмотр собственной идентичности. Когда ПТСР носит хронический характер, то часто образ жизни пациентов меняется и им необходимо теперь выработать новый, более адаптивный, а это требует сопутствующего развития новых навыков, принятия важных жизненных изменений и тому подобное. Терапевт сопровождает пациента в этих задачах, постепенно готовясь к завершению терапии.

**Выводы.** В данной статье были рассмотрены ПТСР, механизм формирования его симптомов и современные терапевтические подходы. К сожалению, в Украине существует не только проблема исторических массовых травм и трансгенеративной их передачи, но и проблема психотравмирующих событий, актуальных в настоящее время, в отношении которых нет эффективных путей социальной защиты (физическое насилие в

семье над женщинами, сексуальное и физическое ущемления детей), так и программ необходимой помощи жертвам этих психотравмирующих событий, у которых развились симптомы ПТСР. Существует определенный миф о ПТСР, который связывает этот разлад только с определенными катастрофическими событиями. Несмотря на то, что такого рода события без сомнения психотравматичны и пострадавшим от них нужна надлежащая помощь, наибольшее количество лиц с ПТСР – это люди, которые страдают от случаев насилия, совершенного человеком: насилие над детьми, изнасилования и тому подобное. Большое количество таких лиц страдают как от насилия, так и от ПТСР молча. Травма часто связана с беззащитностью, неравенством позиций силы (как женщина, что боится заявить в милицию на мужа, который ее бьет, или дети, запуганные своими обидчиками). Травма также часто связана со стыдом – при изнасиловании лишь 10% потерпевших заявляют об этом случае в правоохранительные органы, большая часть потерпевших тоже не говорит ничего о том, что с ними произошло, своим родным и друзьям из-за чувства стыда, страха негативных реакций [9]. Поэтому решение проблем с психотравмой заключается не только в развитии в Украине качественной сети охраны психического здоровья, обучении психотерапевтов методам ТФ-КПТ и EMDR, но и в широкой работе в обществе над изменением укоренившихся стереотипов, развитием системы социальной защиты (в частности, от насилия в семье), широкого психопросвещения общества. Нам важно также осознать и интегрировать на уровне национальной памяти наши исторические травмы. Потому что то, как мы порой стараемся избегать/скрывать их, приводит к тем же «диссоциативным барьерам», но уже в нашем общественном сознании, и к тем проблемам, которые имеем в нашей ментальности, – страх, недоверие, жадность, феномен «моя хата с краю», низкая самооценка и тому подобное. Мы должны больше знать о травме, ПТСР и способах исцеления, потому что, к сожалению, травма является частью жизни. Но, к счастью, печальные события нашей жизни тоже могут пробуждать лучшие человеческие ресурсы –

как внутри нас, так и вокруг, в наших «социальных сетях» – ресурсы взаимопомощи, любви, веры, надежды – и открывать пути исцеления как для отдельных людей, так и для нас всех как израненного общества.

### ***Литература***

1. Романчук, А. Семья, что исцеляет: основы терапевтического отцовства детей, подвергшихся ущемлениям и эмоциональным разрушениям / А. Романчук – Львов: Колесо, 2011.
2. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder, 2004, 2009.
3. Shalev A. et al. Prevention of Posttraumatic Stress Disorder by Early Treatment Results From the Jerusalem Trauma Outreach and Prevention Study // Arch Gen Psychiatry. – 2011; <http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/reprint/archgenpsychiatry.2011.127>.
4. Bessel A. van der Kolk. Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V – цит. за интернет-джерелом [www.cathymalchiodi.com/dtd\\_nctsn.pdf](http://www.cathymalchiodi.com/dtd_nctsn.pdf).
5. Cohen J., Mannarino A., Deblinger E. Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents. – NY: Guilford Press. – 2006.
6. Cook A. et al. Complex trauma in children and adolescents // Psychiatric Annals. – 2005. – 35. – P. 5.
7. Frank D., Klass P., Earls F., Eisenberg L. Infants and Young Children in Orphanages: One View From Pediatrics and Child Psychiatry // Journal of Pediatrics. – 1996. – Vol. 97. – P. 569–578.
8. Hart O., Nijenhuis E., Steele K. The haunted self. Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization. – NY: W.W. Norton & Company, 2006.
9. Herman J. Trauma and recovery. – NY: Basic Books, 1997.
10. Pearce J., Pezzot-Pearce T. Psychotherapy with abused and neglected children. – NY: Guilford Press, 1997.
11. Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Clinical guidance / National Institute for Clinical Excellence. – London, 2005.
12. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing. – NY: Guilford Press, 2001.
13. Taylor S. Clinician`s guide to PTSD: A cognitive-behavioral approach. – NY: Guilford Press, 2006.