

## ОСТРЫЕ РЕАКЦИИ НА ТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС: МНОГОМЕРНОСТЬ КАРТИНЫ

А.ШАЛЕВ,  
Р.УРСАНО\*

*Исследователи и практики ранней помощи все больше убеждаются в многомерности и неоднозначности картины острых реакций на травматическое событие. Норма и патология, адаптивность и дезадаптация – границы между этими состояниями зыбки, описания размыты. Однако не на описании различных реакций все больше делается акцент, а на выявлении глубинных причин той или иной формы реагирования. С этим связан пересмотр трактовки острых реакций на травматическое событие, который предпринят авторами данной статьи. Меняются и представления о видах помощи, необходимых человеку на разных фазах переживания трагедии.*

### Вступление

В последние годы наблюдается рост интереса к реакциям, вызванным травматическими стрессорами. Данное явление имеет несколько источников, не последнее место среди которых занимает стремление предотвратить долговременные стрессовые расстройства среди жертв и свидетелей травматических событий. Соответственно, и осмысление ранних реакций до недавнего времени фокусировалось главным образом на выявлении факторов риска развития стрессовых расстройств, в частности ПТСР (*Brewin et al.*, 2000). Программы раннего терапевтического вмешательства также оценивались и утверждались на основе критерия долговременности их превентивного эффекта (*Wessely et al.*, 2000).

---

\* *A. Shalev, R. Ursano*. Mapping the multidimensional picture of acute responses to traumatic stress. In: *Reconstructing Early Intervention After Trauma*. Ed.: Ormer., Schnyder. Oxford University Press, 2003. Сокращенный перевод с англ. *Н.Ю. Федунинной*.

Однако попытки выявить предикторы ПТСР и разработать ранние превентивные интервенции на сей день имеют очень скромные результаты. Одной из причин может служить неправомерный акцент на факторах риска (например, на симптомах как возможных предвестниках ПТСР), а не на глубинных причинах того или иного типа реагирования. Сегодня сложилась потребность и основания для переоценки ранних острых реакций на травматические события.

Изучение первичных реакций может вестись на разных уровнях, однако, учитывая многогранность травматических ситуаций и посттравматических реакций, одного описания их недостаточно, необходимо стремиться к обобщениям и теории. Работая над этим текстом, мы руководствовались несколькими идеями.

Во-первых, необходимо различать симптомы как проявления болезни и как реактивные формы поведения. Поскольку большая часть людей, переживших травму, не являются больными, не имеет смысла рассматривать их поведение как симптоматическое.

Во-вторых, в отличие от распространенной сегодня тенденции опираться на внешние наблюдения, игнорируя лежащие в их основе психические процессы, мы утверждаем, что понимание психологических задач при переживании трагедии крайне необходимо для организации как наблюдений, так и спасательных работ и собственно психологической поддержки.

В-третьих, первичные реакции на травматические события возникают как адаптивные, то есть по сути своей они направлены на выживание и преследуют не только непосредственные цели (избежать ущерба, заручиться поддержкой), но и долговременные (научение). Это не означает, что все без исключения первичные реакции адаптивны. На деле одни из них достигают успеха, другие – нет. Причиной неудачи, как правило, становится несоответствие между требованиями ситуации, имеющимися у человека ресурсами и механизмами совладания (например, когда «изоляция» используется в качестве защитного механизма в ситуациях, из которых можно выйти, убежать, или наоборот, когда и без того скудные ресурсы расходуются на борьбу с неконтролируемыми проявлениями стрессора). Более того, эффективность первичных реакций и их результат зависят от системы взаимоотношений, в которую в это время включен человек. Случаи 1 и 2 описывают благополучный, хотя и отнюдь не закономерный, опыт совладания с острой травмой.

*Случай 1:* Женщина была легко ранена во время взрыва. Увидев, что взрывная волна отбросила ее родственника далеко в сторону, она, преодолевая боль и физическую слабость, смогла разыскать его и вытащить

из опасной зоны. С точки зрения самой женщины, предпринятые ею действия показали силу и решительность ее характера. Но если бы она нашла своего родственника мертвым или расчлененным, «успех» мог бы обернуться агонией.

*Случай 2:* Привезенная в больницу пострадавшая при массовом бедствии очень переживала, что новости о трагедии, а также лично о ее состоянии, показанные по телевизору, застанут ее семью врасплох. Будучи прикована к постели, она не могла добраться до телефона, однако, когда ее везли на рентген, женщина попросила дать ей возможность позвонить домой. Пострадавшая описывает этот инцидент как «момент, когда она обрела чувство контроля над ситуацией, после чего в нее вселилась уверенность, что все будет хорошо».

И наконец, хотелось бы отметить, что, оказываясь нередко свидетелями реакций человека на травму, авторы этой главы не устают поражаться смелости и мудрости, с которыми люди справляются с выпавшими на их долю несчастьями. И данная глава – дань уважения человеческой выдержке, мужеству и устойчивости. Мы не отрицаем всей боли травматического опыта, скорее предупреждаем против опасности восприятия пострадавших как пассивных объектов трагедии, как это часто описывается в «душещипательных» драматизациях, на наш взгляд, не уважительных по отношению к человеку и его способности переживать трагедию.

## **Ограничения существующих концепций**

### ***Симптом – это еще не все***

Морфология (т.е. внешние формы выражения) первичных реакций на травматические события была многократно описана (например, *Solomon*, 1993). Однако нет единства в понимании природы этих реакций. Например, ранние проявления дистресса описываются и как «патогенные» и как «нормальные», являясь, с одной стороны, фактором риска развития ПТСР, а с другой – необходимым шагом к исцелению.

Еще больше усложняет проблему то обстоятельство, что специфические симптомы, такие как диссоциация, навязчивые воспоминания и депрессия, рассматриваются в качестве сугубо патогенных (*Marmar*, 1994; *Shalev et al.*, 1998b; *Freedman*, 1999). А между тем, после травмы практически каждый человек в большей или меньшей степени сталкивается с навязчивыми воспоминаниями и угнетенностью.

Относительно более ясное понимание наступает при рассмотрении адаптивной роли поведения, вызванного травматическими событиями. На пути к восстановлению у пострадавших проявляются некоторые общие реакции, которые могут оптимизировать коммуникацию с другими (на-

пример, рассказывание своей истории); помочь получить поддержку (например, «криком о помощи») и эффективно запускать процесс научения и переоценки события (возвращаясь к воспоминаниям о травматическом событии и связанным с ним переживаниям). Те же факторы могут в некоторых случаях усложнять взаимодействие (например, при избегании рассказывания), снижать помогающие отклики других (когда они сами отягощены произошедшим) и усиливать связь между травматическими воспоминаниями и негативными эмоциями.

Важной функцией первичной реакции является коммуникация. Крик всегда связан с ситуацией боли, вынужденной сепарации и дистресса. Сигнал о помощи, обращенный к соплеменникам, чрезвычайно полезен для выживания. Впрочем, как и в случае большинства сигналов, исход такого поведения зависит от способности добиться нужных реакций со стороны других и воспользоваться ими. Непрерывное выражение дистресса, таким образом, может свидетельствовать либо о невозможности вызвать должные реакции со стороны других, либо о неспособности воспользоваться помощью. Случай 3 иллюстрирует этот феномен.

*Случай 3.* Поступив в больницу после дорожного происшествия, приведшего к небольшим травмам, пострадавшая почувствовала, что она не может доверять медсестрам. Ее пришел навестить муж, но она и с ним общалась «отстраненно», «холодно», «грубо». У нее развилась посттравматическая стрессовая реакция. Изучение истории пациентки выявило предыдущие травматизации – изнасилование «другом семьи» и длительное физическое насилие со стороны матери (Shalev et al., 1992).

### **Многомерность «травмы»**

Другой проблемный момент заключается в утверждении, что травматические стрессоры отличает наличие угрозы, на что указывается, в частности, в определении травматического события в DSM-IV (APA, 2000): «События, связанные со смертью или угрозой смерти, или серьезных повреждений, или угрозой физической целостности (своей или другого)». Это широко распространенное определение не затрагивает фундаментальной природы травматизации. Так, исследования травматических стрессовых расстройств у body handlers (McCarroll et al., 1995) показывают, что реальная угроза не является необходимым условием травматизации. Чрезвычайные события обычно включают в себя несколько травматических элементов, среди которых, помимо угрозы, можно выделить физиологическое напряжение (боль, голод, обезвоженность), истощение, перемещение, сепарацию, неконгруэнтность переживаний, потерю, изоляцию, неопределенность, жестокость и др.

Именно эти факторы существенным образом определяют первичные реакции на травму. *Потеря* может быть как реальной, так и символической (убеждения и ожидания). Она может иметь отношение к социальным и общественным структурам, касаться финансовых и личных ресурсов (*Hobfall*, 1989). *Перемещение* связано с нарушением глубокой территориальной укорененности человека. Оно вырывает людей из привычного окружения, лишает земли, дорогих вещей, устоявшегося уклада жизни. *Изоляция* (например, во время заключения) нарушает глубинную человеческую потребность в общении с другими. Важно, что психологическая изоляция может возникать даже в условиях присутствия других людей. Чувство оторванности, изолированности, невозможности найти общий язык с другими часто описывается многими пережившими травму (*Dasberg*, 1976; *Shalev & Munitz*, 1989). *Дегуманизация и деградация* (например, в случаях узников войны, жертв сексуального насилия) оставляет тяжелые психологические раны, не сводимые к тем, что вызваны самой угрозой. *Неопределенность* во время травматических событий (длительности или источника угрозы) также нередко описывается как чрезвычайно тяжелое обстоятельство. И, наконец, *неконгруэнтность*, то есть абсолютная новизна опыта переживаний и принципиальное его отличие от того, во что люди верили, что переживали и чего они ожидали раньше, – одно из самых тяжелых состояний для многих пострадавших. Пережившие Холокост называли Auschwitz «другой планетой». После вьетнамской войны возникло понятие «травматической мембраны», резко отделяющей то, что было пережито «там», от остальной жизни (*Lindy*, 1985). Эти термины воплощают идею неконгруэнтных переживаний и описывают их как ядро психической травматизации.

***Реакции полиморфны и лабильны  
(вариативны и изменчивы)***

Принимая во внимание многообразие травматических переживаний, становится понятно, что, в зависимости от обстоятельств, реакции пострадавших могут включать страх, гнев, ошеломление, горе, сожаление, тоску, усилия в контроле эмоций, стремление забыть, попытки вспомнить и восстановить, переосмыслить и понять произошедшее. Эмпирические исследования первичных реакций показали их «полиморфность и лабильность», то есть быструю изменчивость и сочетание тревоги, депрессии, агитации, ступора, оцепенения и раздражительности (*Itzhaki et al.*, 1991). Grinker и Spiegel (1945) описывают первичную «невротическую» реакцию как состоящую из целого «шестивия» самых разных психологических и психосоматических симптомов.

В то время как «гетерогенность» и «полиморфизм» нередко ставят исследователей в тупик, опыт специалистов, принимающих участие в спасательных операциях, радикально иной. С их точки зрения, в первичных реакциях нет ничего непонятного. Они носят отчетливый коммуникативный характер и, как правило, вызывают сильный эмоциональный отклик, оставляя глубокие следы в душе спасателя. В результате между помогающим и пострадавшим быстро возникает эмоциональная связь (Shalev *et al.*, 1993).

Таким образом, в реальном контексте первичные реакции совершенно ясны, особенно если мы готовы «считывать» состояние и откликаться на чувства пострадавшего. Эмоциональное «чтение», способность сопереживать – глубинные функции человеческой психики – определяют один из лучших подходов к «многомерности картины» острых реакций на травматические события.

«Лабильность» первичных реакций также вполне понятна. Интуитивно мы знаем, что реакция на травму со временем должна изменяться: от первоначального «неистового крика» – к последующим фазам печали и более тонкого реагирования. Однако временной интервал определяется здесь «психологическим временем», а оно у разных людей может существенно различаться. Более того, различаться может также и последовательность реакций – с изначальной замкнутостью, «оцепенением» и дальнейшим раскрытием у одних и острыми экспрессивными реакциями и постепенным их последующим сглаживанием у других. При диагностике группы пострадавших различия индивидуального времени, внутренних переживаний, их личного и культурного стиля практически всегда вносят свой вклад в «лабильность и полиморфизм» наблюдаемой картины. Казалось бы, гораздо больше шансов на понимание появляется при следовании за клиентом, каждый раз индивидуальными путями. На самом деле, единичное наблюдение едва ли может раскрыть сложности индивидуального переживания.

И наконец, период, наступающий непосредственно вслед за травматическим событием, не является пустым. За первичными стрессорами обычно следуют вторичные. Эти новые стрессоры вызывают новые реакции и, как будет показано ниже, способны отбросить пострадавшего, который может уже находиться на стадии научения и переоценки, назад к борьбе за выживание.

### ***Можно ли обобщать?***

Итак, вопрос заключается в том, возможно ли обобщение без того, чтобы не впасть в чрезмерную схематизацию? Можно ли редуцировать множество наблюдаемых реакций, оставляя вместе с тем место специфи-

ке ситуации, человека, группы? Мы хотели бы предложить своего рода «продуктивную редуцию». Эта стратегия предполагает, во-первых, описание временной последовательности в сфере реагирования на травматические события: выделяются четыре фазы – *воздействия, спасения, восстановления и возвращения к жизни*. Во-вторых, очерчиваются не только типичные выражения дистресса, но также и психологические задачи, связанные с каждой фазой. Наконец, для организации клинических наблюдений используется модель совладания Pearlin и Schooler (1978), в фокусе которой – эффективность поведенческих реакций, а не их морфология (трудности совладания могут возникать на каждой стадии реакций на травматические события, и эти трудности могут привести к сходным и легко опознаваемым поведенческим паттернам). Таким образом, мы рекомендуем сначала определить стадию (или взаимно перекрывающиеся стадии), на которой находится пострадавший; затем оценить внешние и внутренние стрессоры и, наконец, определить поведенческие паттерны, связанные с успешным или неуспешным совладанием с этими стрессорами. Проявления дистресса будут впоследствии исследованы в их реальном контексте, что в свою очередь может помочь их осмыслению и привести к более адаптивным реакциям.

### **Последовательность реакций**

В таблице 1 в общем виде представлены реакции на травматические события. В столбцах даны резюме по стадиям реагирования. Горизонтальное изучение таблицы иллюстрирует различные переживания и нужды, присущие разным стадиям. Важно заметить, что таблица не отражает строгую временную определенность перехода от стадии к стадии. Чаще всего эти схематичные стадии перекрываются друг другом, а, следовательно, имеют и взаимно перекрывающиеся нужды. И еще: поскольку фаза «возвращения к жизни» не является частью «непосредственных реакций», она не будет рассматриваться в этой статье.

### **Фаза воздействия**

Фаза воздействия в рамках травматического события характеризуется реальным присутствием опасности. Этот период может быть разным по своей длительности. Угроза, сепарация, изоляция и пр. часто присутствуют одновременно. Основная задача для пострадавшего на этой стадии – выживание и снижение вредоносности события применительно к себе и значимым другим. Однако есть и другие цели – такие, например, как сохранение достоинства, контакт с другими, помощь другим. Вопросы альтруизма и риска со стороны пострадавших и спасателей выходят за рамки данной статьи. Скажем только, что такие формы реагирования

## Реакции на травматические события

Фазы реагирования на травматические события				
Составляющие фаз	1. Воздействие	2. Спасение	3. Восстановление	4. Возвращение к жизни
Главный стрессор	Угроза, сепарация, неконгруэнтность и т.д.	Новая внешняя и внутреннего реальность	Выявление последствий события	Неконгруэнтность между внутренним опытом или ресурсами и внешними требованиями
Цели поведения	Выживание	Приспособление к новым реалиям	Оценка и планирование	Реинтеграция
Психологические задачи	Первичные реакции на стресс:	Аккомодация	Ассимиляция	Осуществление изменений в жизни
Поведенческий паттерн	Бегство/борьба, оцепенение	Устойчивость, сопротивляемость <i>versus</i> истощение	Горе, переоценка, навязчивые воспоминания, формирование памяти-рассказа	Адаптация <i>versus</i> фобия, избегание, депрессия и ПТСР
Роль помогающих	Спасение и защита	Ориентировка, удовлетворение базовых потребностей	Присутствие и чуткое взаимодействие	Последовательное оказание реальной и символической помощи
Роль профессиональных спасателей	Организатор	Поддержка	Собеседник	Диагност и терапевт

встречаются достаточно часто, напоминая интуитивное описание Фредерика Маннинга (1930) о «сострадании одного человека к другому» как охраняющей силе солдат во время войны ПМВ. Аппеляция к простому человеческому состраданию может показаться сегодня несколько странной. Однако напомним скептикам, что спасение и помощь другим имеет эволюционное преимущество.

На этой стадии проявляются первичные реакции на стресс (такие как страх, борьба, капитуляция и т.д.), и, надо заметить, обычно они бывают неожиданно очень сильными, нередко выходя из-под контроля. Поэтому пострадавший часто обнаруживает, что ведет себя, как ему не свойственно, и что в запасе у него нет адекватного случаю опыта. Молодой отец, спасаясь из горящего дома, может оставить там ребенка. Солдат может ощутить парализующую силу страха в то время, как все идут в атаку. Степень чуждости этих первичных реакций впоследствии способна определять течение фазы переоценки, когда самокритика может оказаться жесткой и уничтожительной.

*Случай 4.* У полицейского, специализировавшегося в работе с взрывчатыми веществами, развилась сильная посттравматическая стрессовая реакция после случая, когда он почувствовал, что впал в ступор, пытаясь обезвредить бомбу в одном из общественных мест Иерусалима. Субъективно это состояние продолжалось довольно длительное время, хотя на самом деле заняло всего лишь несколько мгновений. Сначала он не поверил, что исследуемый им объект – бомба. А когда понял, что это в самом деле бомба, то с ужасом осознал, что под рукой у него нет никаких необходимых для ее обезвреживания инструментов и что вообще уже поздно, чтобы воспользоваться устройством для обезвреживания. Он должен был уйти в безопасное место, принести инструменты, и затем, зная, что это бомба, вернуться и обезвредить ее. Он застыл в метре от бомбы, и в голове его пронеслись мысли о жизни его собственной и окружавших его людей. Он продолжил все необходимые действия и обезвредил бомбу, но не мог избавиться от мыслей об этом своем оцепенении, которые подрывали его чувство профессиональной компетентности и человеческой ценности.

Во время фазы воздействия пострадавшие нуждаются прежде всего в защите от опасности. Это, однако, не всегда достижимо, поскольку негативное влияние события может продолжаться еще долго после его завершения (например, потеря ребенка во время стихийного бедствия). Основная роль спасателя, консультанта, помогающего на этой стадии, – роль «общего организатора», то есть человека, который своим стабильным присутствием и участием снижает стихийность и хаотичность внешней и внутренней реальности.

***Непосредственно после воздействия:  
фаза спасения***

К этому времени пострадавшие обычно уже находятся в безопасности, а первичный стрессор остается позади. Однако теперь они должны встретиться с новой реальностью. К примеру, эвакуированные оказыва-

ются в приюте, раненые – в больнице, вызволенные заложники – на пути к дому. Это не только новая физическая, но и новая психологическая реальность. Внутренний мир человека, ставшего жертвой стихийного бедствия или насилия, уже не тот, что раньше, он еще не оформился в новом своем содержании, но уже изменился.

Обычно на этой стадии человеку приходится столкнуться с новой реальностью, еще не изменившись внутренне. Как следствие, прежнее «я» противостоит новой реальности, часто в большом смятении и замешательстве. Этот процесс описывается как «аккомодация», что отражает работу существующих в человеке ресурсов, которые привлекаются, расширяются и направляются на то, чтобы овладеть новизной. Превалирующее чувство – мир уже не тот, что прежде. Однако сила и устойчивость этого переживания способны колебаться. Чувство отчуждения и сильно-го негативного изменения может остаться у пострадавшего надолго, став частью долговременной реакции на травму. Роль спасателей и консультантов на данной стадии – смягчить новизну ситуации, так чтобы пострадавший мог избежать полного отстранения и отчуждения. Другими словами, присутствие и выдержка специалистов, их способность переносить происходящее, справляться с эмоциями обеспечивают необходимую поддержку находящихся в смятении пострадавших. Важно также подчеркнуть, что возможность эффективной работы спасателей зависит от того, насколько они сами получают помощь и поддержку, выступая, например, частью команды (*Shalev et al.*, 1993).

### ***Фаза первичного восстановления***

Частично совпадая с предшествующей фазой, восстановление включает два противоположных психологических действия: дистанцирование от травматического события и переоценку травматического опыта. Лишь немногим пострадавшим удается легко дистанцироваться от происшедшего. В большинстве случаев травматическое событие снова и снова возвращается в воспоминаниях, навязчивых мыслях, образах, кошмарах, флэшбэках (*flashback* – короткий «обратный кадр», ретроспективная сцена). Многие пытаются поделиться тягостными переживаниями с другими, например, снова и снова повторяя свою историю. У некоторых возникает ощущение, что они сходят с ума из-за необычности навязчивых образов и мыслей. Негативная оценка первичных симптомов повышает вероятность развития ПТСР (*Ehlers et al.*, 1995, 1998).

На этой стадии пострадавшие психологически ассимилируют недавний опыт, пытаются осмыслить его, изучить ключевые моменты, важные как для прошлого, так и для будущего. Это и есть собственно «посттравматический» период, во время которого реальное событие становится мен-

тальным. В идеале новый опыт может быть ассимилирован, и это отражается в тонких, но значимых изменениях в оценке обстоятельств события, пережитых чувств и действий. Фантазии и сны становятся более детализированными, обрастают деталями из прошлого, возникающими наряду с образами травматического события. Рассказывание истории превращается в беседу, разговор. Другая информация (например, замечания других людей, образующая связь с прошлым опытом) может быть услышана и принята. Травматическое событие способно, таким образом, стать фактором, способствующим развитию. У человека появляется чувство, что происходят изменения, но уже нет ощущения оторванности от жизни.

Пострадавшие различаются по степени толерантности в отношении этой неизбежной и необходимой фазы навязчивых воспоминаний. Для некоторых малейшее напоминание о пережитом кошмаре непереносимо и, в результате, любые воспоминания избегаются. Опыт не оформляется в рассказ, или же рассказ схематизируется, повторяясь снова и снова без изменений. Время не приносит перемен. Событие не сопоставляется с предшествующими переживаниями. Разговор о травматическом событии избегаются, потому что «никто не может понять», включая себя самого. Воспоминания остаются фрагментарными, визуальными, плохо вербализуемыми. Негативное восприятие себя и других обобщается и распространяется на другие события и людей. Превалирует чувство радикального негативного изменения. Травматическое событие становится разрушительным жизненным опытом.

Именно в этот период формируется устойчивое повествование, память-рассказ о травматическом событии (Shalev et al., 1993). Холлоу и Урсано (Holloway and Ursano, 1984) предположили, что прошлое, как и настоящее и представление о будущем формируют повествование и произвольное воспоминание о происшедшем. Однако память-рассказ никогда не бывает только индивидуальным творением, он всегда включает элементы того, что было рассказано другими и социальную оценку события (*героический* поступок, *постыдный* промах и пр.). Индивидуальные переживания и воспринятые факты складываются в воспоминания, которые позже будут восприниматься как «аутентичные» и «точные» (Loftus, 1979).

Роль спасателя, сравнительно с предыдущей стадией, изменяется. Помогаящий на данной фазе – это, прежде всего, собеседник, с которым можно поговорить о том, что произошло, и о последствиях травматического события. От него требуется способность выносить повторяемость и яркость навязчивых переживаний, умение живо реагировать, но не быть переполненным переживаниями клиентов. На основании имеющегося опыта они должны уметь понимать, когда дела действительно плохи (в

случаях изоляции, трудностях регуляции состояний, усиливающих негативных эмоций и т.д.). И, наконец, их должна отличать готовность делиться своими знаниями с пострадавшими и другими спасателями.

«Вмешательство» или другого рода «терапия» может быть несвоевременной, поскольку главное на этом этапе – способствовать естественным процессам исцеления. Как бы то ни было, высокая тревожность, диссоциация, невыносимая бессонница, неконтролируемые боли должны стать объектом лечения.

### **Понятие совладания**

Совладание – это психологический и поведенческий коррелят телесных усилий, направленных на поддержание внутренней среды в пределах жизненных (или гомеостатических) границ, несмотря на возрастающие нужды. По аналогии, совладание со стрессом – это усилие, нацеленное на поддержание психологического равновесия и функционирования, невзирая на текущее состояние и возрастающие требования. Специалисты в области совладания описывают целый ряд механизмов, призванных «увеличить дистанцию между стрессом и дистрессом». Такого рода стратегии совладания обычно разделяют на «*проблемно-ориентированные*», «*эмоционально сфокусированные*» и *когнитивные*, связанные с переоценкой события (Haan, 1969; Lazarus and Folkman, 1984). Считается, что люди обладают собственным стилем совладания, предполагающим разные тактики при столкновении со стрессом. Одни предпочитают опираться на рефлексию, другие находят облегчение, реагируя эмоционально и экспрессивно, преимущество третьих – в легкости, с которой они обращаются за помощью.

Исследования в этой области направлены главным образом на оценку эффективности той или иной стратегии совладания. Среди ветеранов войны, например, была выявлена корреляция эмоциональной фокусировки и примитивных стратегий совладания с более высоким уровнем психиатрических симптомов, а проблемно-сфокусированных стратегий – со снижением симптоматики (Solomon, 1991). Среди *body handlers*, напротив, результаты обследования показали преимущество избегания, отрицания и поддержки со стороны группы (McCaroll et al., 1993). По результатам других исследователей (Spurrell and McFarlane, 1993), не выявлено явного преимущества ни одной из стратегий.

Столь противоречивые результаты не должны удивлять, поскольку вполне вероятно, что эффективность совладания важнее, чем та или иная стратегия. Чтобы достичь успеха, оно должно соответствовать двум основным факторам: обстоятельствам события и ресурсам пострадавшего.

А они различаются в зависимости от характера самого события, его стадии и индивидуальных особенностей человека. Так, капитуляция, стоическое принятие и когнитивный рефрейминг больше подходят в ситуациях неконтролируемого стрессора (например, в условиях заключения), тогда как действия, направленные на уменьшение стрессора, или обращение за помощью более приемлемы в других обстоятельствах.

Оценка эффективности совладания приобретает определенное значение, расширяя возможности понимания первичного реагирования на травматические события. Независимо от типа травмы, фазы реагирования или задач, с ней связанных, успешное совладание имеет особое влияние на человека. Пирлин и Шулер (*Pearlin and Schooler, 1978*) предложили четыре возможных следствия эффективного совладания: а) облегчение дистресса, б) рост чувства собственной ценности, в) способность радоваться общению, г) успешное разрешение задач. Неэффективное совладание приведет к трудностям разрешения жизненных задач, неконтролируемым эмоциям, самообвинениям (или чувству собственной ничтожности) и невозможности радоваться общению.

Первичные реакции на травматические события могут также быть исследованы с учетом этих четырех областей. Пострадавший успешнее овладевает ситуацией, если он способен более или менее контролировать эмоции, справляться с текущими задачами (такими, как поиск убежища, оценка своих кошмаров), сохраняет чувство собственной ценности и, что самое существенное, располагает возможностью полноценного общения. Травматические события, безусловно, нарушают чувство совладания и временами приводят к периодам, когда человека целиком охватывают отчаяние, боль, чувство собственной ничтожности, и он почему-либо оказывается не в состоянии обратиться за поддержкой или воспользоваться предлагаемой помощью. Для некоторых пострадавших фаза воздействия может быть связана с парализующим человека чувством страха или полного хаоса. Для других чрезвычайно трудным может оказаться как раз период спасения, даже если человек относительно хорошо справлялся на фазе воздействия (например, получив плохие новости). И наконец, долговременные следствия травматического события во многом зависят от того, как человек справляется с задачами фаз переоценки и восстановления. На каждой из приведенных фаз «знаки и симптомы» неэффективного совладания могут быть схожи.

Важно отметить, что успешное совладание необязательно приводит к «победе». Оно также далеко не всегда направлено на наиболее важный стрессор. Напротив, оно может касаться неожиданных (хотя и более контролируемых) стрессоров, а также собственных реакций. В исследова-

нии жертв теракта Шалев (*Shalev et al.*, 1993) описал различные, принятые пострадавшими усилия, направленные на овладение ситуацией на фазе воздействия. В их ряду – активная помощь другим пострадавшим, стремление поделиться имеющейся информацией со спасателями. Успешное достижение такого рода индивидуальных целей повышает чувство контроля над ситуацией и снижает дистресс у пострадавших.

### Комментарии

В период, наступивший непосредственно вслед за травматическим событием, мы сталкиваемся с сочетанием первичных и вторичных стрессоров, перекрывающими друг друга стадиями реагирования и разными степенями совладания с каждой из них. Эта глава не затрагивает вопроса о том, что неспособность совладания может вызывать впоследствии стойкие негативные изменения, такие как устойчивое снижение возможности выносить тревогу или изменения на уровне нервной системы при реагировании на стимулы (*Shalev et al.*, 2000). Эти аллостатические изменения и их основные причины еще не очень хорошо исследованы. Некоторые причины устойчивых изменений могут предшествовать травматическому событию (предыдущая травма, психические расстройства, неблагоприятная воспитательная среда – *Brewin et al.*, 2000). Важно признать, что влияние такого рода факторов выходит за пределы возможностей тех, кто оказывает помощь непосредственно после травматического события.

Представленная здесь модель показывает, что, в общем и целом, травматизация вовлекает мощные адаптивные механизмы, о которых должны знать все, кто вовлечен в оказание помощи. Пострадавший – не пассивный объект стандартного пакета услуг, но активный проводник усилий тех, кто помогает. Определяя препятствия к обретению саморегуляции и восстановлению своей дееспособности и стараясь справиться с этими препятствиями, пострадавший тем самым становится участником «терапевтического» дела. Те же свойства активности распространяются на семью и общество, идущие по пути обретения равновесия.

Следовательно, вместо того, чтобы внедряться в динамическое пространство недавней травмы с заранее сфабрикованными техниками и идеями, консультант-профессионал должен, как советует Маршалл (*Marshall*, 1944), «быть, скорее, учеником, чем учителем». Наличие *естественных сил* проявляется на всех стадиях, и необходимо уметь эти силы распознавать и содействовать их успешному действию. Неосведомленность о существовании таких адаптивных сил и неспособность активизировать их являются, вероятно, одними из самых грубых систематических ошибок, характерных для современных программ экстренной помощи. Как утвер-

ждается в этой главе, мудрость консультанта, с которой он подходит к работе, заключается в знании внутренних имманентных процессов и их течения. Первичные навыки тех, кто оказывает профессиональную помощь, должны в первую очередь выражаться в способности определять присущие пострадавшему индивидуальные особенности, особое течение реагирования, его типичный ритм и обусловленные этими характеристиками неожиданные реакции. И второе, не менее существенное умение – объединять силы с пострадавшим, помогая друг другу в оптимизации не только его, но и своих первичных реакций.

### **ЛИТЕРАТУРА**

- References American Psychiatric Association. (2000).* Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition - Text Revision (DSM-IV-TR). American Psychiatric Press, Washington D.C.,
- Brewin C.R., Andrews B. and Valentine J.D. (2000).* Meta analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 784-766.
- Dasberg H. (1976).* Belonging and loneliness in relation to mental breakdown in battle. *Israel Ann Psychiatry Relat. Science*, 14, 307-321.
- Ehlers A. and Steil R. (1995).* Maintenance of intrusive memories in Posttraumatic Stress Disorder: A cognitive approach. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23, 217-249.
- Ehlers A., Mayou R.A. and Bryant B. (1998).* Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 508-519.
- Freedman S.A., Peri T., Brandes D. and Shalev A.Y. (1999).* Predictors of chronic PTSD: A prospective study. *British Journal of Psychiatry*. 174, 353-359.
- Grinker R.R., Spiegel J.P. (1945).* The neurotic reactions to severe combat stress. In: *Men Under Stress*, p.82-84. Blackstone, Philadelphia.
- Haan N. (1969).* A tripartite model of ego functioning: value and clinical research application. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 148, 14-30.
- Hobfoll S.E. (1989).* Conservation of resources. Anew attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44, 513-24.
- Holloway H.C. and Ursano R.J. (1984).* The Vietnam veteran: memory, social context, and metaphor. *Psychiatry*. 47: 103-108.
- Lazarus R.S. and Folkman S. (1984).* *Stress, Appraisal and Coping*. Springer, New York.
- Lindy J.D. (1985).* The trauma membrane and other clinical concepts derived from psychotherapeutic work with survivors of natural disasters. *Psychiatric Annals*, 15, 153-160.
- Loftus E.F. (1979).* *Eyewitness testimony*. Harvard University Press, Cambridge, Mass.

- Manning F. (1990; original 1930).* The Middle Part of Fortune. London : Penguin Books.
- Marmar C.R., Weiss D.S., Schlenger W.E. et al. (1994).* Per traumatic Dissociation and Posttraumatic Stress in Male Vietnam Theater Veterans. American Journal of Psychiatry, 151, 902-907.
- Marshall S.L.A. (1944).* Island Victory. Penguin Books, New York.
- McCarroll J.E., Ursano R. J., Wright K.M. and Fullerton C.S. (1993).* Handling bodies after violent death: strategies for coping. American Journal of Orthopsychiatry, 63, 209-214.
- McCarroll J.E., Ursano R.J. and Fullerton C.S. (1995).* Symptoms of PTSD following recovery of war dead: 13-15-month follow-up. American Journal of Psychiatry, 152, 939-941.
- Pearlin L.I., Schooler C. (1978).* The structure of coping. Journal of Health and Social Behavior, 22, 337-356.
- Shalev A., Orr S.P., Pitman R.K. (1992).* Psycho physiologic response during script driven imagery as an outcome measure in post-traumatic stress disorder. Journal of Clinical Psychiatry, 53, 324-326.
- Shalev A.Y., Galai T. and Eth S. (1993).* Levels of Trauma: Multidimensional approach to the psychotherapy of PTSD. Psychiatry, 56, 166-177.
- Shalev A.Y., Munitz H. (1989).* Combat Stress Reaction in Ries N.D. In: Manual of Disaster Medicine (ed. E.Dolev), p.169-182. Springer Verlag, Berlin.
- Shalev A.Y., Peri T., Rogel-Fuchs Y., Ursano R.J. and Marlowe D. (1998a).* Historical group debriefing following exposure to combat stress. Military Medicine, 163, 494-498.
- Shalev A.Y., Freedman S., Peri T., Brandes D., Sahar T., Orr S.P. and Pitman R.K. (1998b).* Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. American Journal of Psychiatry. 155, 630-637.
- Shalev A.Y., Pitman R.K., Orr S.P., Peri T., Brandes D. (2000)* Auditory Startle in Trauma Survivors with PTSD: A prospective study. American Journal of Psychiatry, 157, 255-261.
- Solomon Z. (1993).* Combat Stress Reaction. Plenum, New York.
- Solomon Z., Mikulincer M. and Arad R. (1991).* Monitoring and blunting: Implications for combat-related post-traumatic stress disorder. Journal of Traumatic Stress, 4, 209-221.
- Spurrell M.T. and McFarlane A.C. (1993).* Post-traumatic stress disorder and coping after anatural disaster. Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology, 28, 194-200.
- Wessely S., Rose S. and Bisson J. (2000).* Brief psychological interventions («debriefing») for trauma-related symptoms and the prevention of post-traumatic stress disorder. Cochrane Database Syst. Rev, (2), CD000560.
- Yitzhaki T., Solomon Z. and Kotler M. (1991).* The clinical picture of acute combat stress reaction among Israeli soldiers in the 1982 Lebanon War. Military Medicine, 156,193-197.