

ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМА И ПСИХОТЕРАПИЯ

Е.МАЗУР *

Значительное распространение в современной жизни чрезвычайных ситуаций, природных катастроф, стрессовых жизненных событий и разного рода психических травм делает актуальной проблему поиска наиболее эффективных психотерапевтических и психокоррекционных подходов, которые могли бы лечь в основу реабилитационных программ практической психологической помощи людям, перенесшим травму. Настоящая статья посвящена обзору существующих в современной психотерапии основных представлений о психологической травме и практических подходов к работе с травматическими переживаниями и их последствиями.

Ключевые слова: *психотерапия, психологическая травма, соматическая терапия травмы, реабилитация пострадавших, экзистенциальный подход, метод соматического переживания, экстремальная ситуация*

Современные представления о психической травме

Понятие “психическая травма” имеет в виду вред, нанесенный психическому здоровью человека в результате интенсивного влияния неблагоприятных факторов среды или остроэмоциональных, стрессовых воздействий других людей на его психику.

История понятия травмы уходит корнями в ранние работы З.Фрейда и до-фрейдовские работы Ж.М.Шарко и Ж.Брейера. З.Фрейдом была создана первая психоаналитическая теория травмы, в которой это явление рассматривалось как глубоко укорененный в бессознательном аффект, оказывающий патогенное воздействие на психику человека и лежащий в основе невротических расстройств. Источник травмы он усматривал не во внешнем событии, а в самой психике, в расщеплении Эго, к которому приводит травматическая тревога, основанная на бессознательных фантазиях.

* *Мазур Елена Степановна – кандидат психологических наук, старший научный сотрудник ГНЦСиСП им. В.П.Сербского, преподаватель МГУ, МГППУ, сотрудник Московского геиштальт института. Директор международной программы “Соматическая терапия психической травмы”.*

Идея Фрейда о травматогенном эффекте бессознательных фантазий была воспринята и развита К.Юнгом. Предпринятое им исследование заблокированных аффектов и диссоциированных состояний привело к выводу о существовании множества разных индивидуальных историй и фантазий (комплексов), касающихся травмы, иначе говоря – к пониманию множественности травмы (Калшед, 2001).

В более поздних работах понятие психической травмы рассматривалось в контексте теории стресса в качестве особой формы общей стрессовой реакции (Селье, 1979; Черепанова, 1997). Согласно этому подходу, травматический стресс наступает в том случае, если стрессогенный фактор достаточно силен, продолжается в течение длительного времени, перегружает психологические, физиологические и адаптационные возможности человека, разрушает психологическую защиту, вызывает тревогу и приводит к психологическим и физиологическим “поломкам” в организме. Важно подчеркнуть, что если переживание стрессовой ситуации в норме мобилизует адаптационные ресурсы организма и способствует приспособлению человека к изменяющимся условиям, то травматический стресс истощает его адаптационные возможности.

В современных работах психологическая травма определяется как состояние сильного испуга, переживаемого человеком при столкновении с внезапным, потенциально угрожающим его жизни событием, которое превосходит возможности индивида и которое он, поэтому, не способен ни контролировать, ни сколько-нибудь эффективно отреагировать (Levine, 1998; Zetl & Josephs, 2001).

Среди современных теорий психической травмы нас особенно интересует подход, разработанный американским ученым Питером Левином. Развивая его, автор интегрировал соответствующие знания в области не только психологии и психотерапии, но и биологии, психофизиологии, а также нейропсихологии. Травма понимается им как прорыв в барьере, защищающем человека от воздействий, сопровождающихся чрезвычайно сильным чувством беспомощности. Психологическая травма, как правило, возникает из-за отсутствия индивидуальных ресурсов, необходимых для преодоления травмирующего события. С точки зрения П.Левина, разрушительная сила психической травмы зависит от индивидуальной значимости, которое травмирующее событие имеет для человека, степени его психологической защищенности и способности к саморегуляции (Levine, 1997).

Реакции людей на потенциальную угрозу широко варьируют, поэтому источники травмы, как правило, трудно классифицировать. Ганс Селье считает, что источником стрессового переживания является любое предъявляемое человеку требование (Селье, 1979). Питер Левин пишет, что обычно травму связывают с воздействием таких событий, как война, физи-

ческое, эмоциональное или сексуальное насилие, несчастные случаи или природные катастрофы. Однако и многие “обычные” или даже кажущиеся вполне благоприятными события могут быть не менее травмирующими. Например, незначительное дорожно-транспортное происшествие часто приводит к появлению странных, подрывающих здоровье физических, эмоциональных и психологических симптомов. Стандартные медицинские процедуры и хирургические операции могут переживаться человеком как чрезвычайно травматичные, хотя исходно они таковыми не являются (Levine, 1996). Выделяются следующие виды травм: *шоковые*, или травмы угрозы жизни; *эмоциональные*, или травмы, связанные с эмоциональными переживаниями горя, потери, конфликтов и пр., и так называемые *травмы развития*, произошедшие в детском возрасте и повлиявшие на ход личностного развития ребенка.

Тема психологической травмы разрабатывается также в контексте представлений о критических жизненных ситуациях и кризисах или кризисных состояниях. Под жизненными событиями, ведущими к кризису, понимают события, создающие потенциальную или реальную угрозу удовлетворению фундаментальных потребностей человека, ставя его перед лицом проблемы, от которой невозможно уйти и которую в то же время невозможно разрешить привычным способом. В самом общем плане критическая ситуация и определяется как ситуация “невозможности” (Василюк, 1984). Более точно ее характер определяется тем, какая именно жизненная необходимость оказывается парализованной в результате недостаточности имеющихся у субъекта типов активности. Ф.Е.Василюк выделяет следующие типы критических ситуаций:

1. *Стресс* – невозможность реализации “витальных” здесь-и-теперь установок.
2. *Фрустрация* – непреодолимая трудность в реализации жизненно необходимых мотивов.
3. *Конфликт* – субъективно неразрешимое противоречие мотивов и ценностей.
4. *Кризис* – ситуации, способствующие невозможности реализации жизненных замыслов.

Концепция критических ситуаций описывает механизмы их действия и способы преодоления.

Можно говорить о разных механизмах возникновения психических травм, и в них, безусловно, задействовано смысловое измерение. На это указывали еще З.Фрейд и К.Юнг, которые и ввели категорию смысла в понимание травмы (Калмед, 2001). Они считали, что источником психопатологии является не сама травматическая ситуация, а тот устрашающий смысл, который событие приобретает для индивида, его внутреннее пред-

ставление, аффект. Таким образом, травматическое переживание, как правило, затрагивает более глубокие слои души.

Смысловые механизмы психологической травмы рассматриваются также в логотерапии В.Франкла, но несколько в ином ключе – как утрата человеком жизненно важных смыслов. Психологическая травма неожиданна, беспричинна и потому воспринимается как бессмысленная, что трудно вынести. Это обстоятельство заставляет пострадавших искать какое-либо объяснение тому, что произошло, дабы травматическое страдание стало более осмысленным и благодаря этому легче переносимым (Франкл, 1982).

Представитель американской ветви экзистенциальной психотерапии И.Ялом (1999) предложил рассматривать все психологические проблемы травматического переживания с точки зрения “экзистенциальных данностей”, таких как “смерть”, “свобода”, “изоляция”, “бессмысленность”, которые представляют собой неизменные условия человеческого существования. В травматической ситуации эти темы выступают как реальные объекты переживания, и травматические состояния являются реакциями на эти данности. В ситуации травмы человек переживает смерть других людей или сам оказывается перед фактом близости собственной смерти. Он испытывает ограничение свободы, которое обусловлено чувством вины (например, вины выжившего). Травма может быть связана также с переживанием чувства одиночества, с невозможностью установления отношений с другими людьми. Кроме того, и сама травма приводит к потере смысла, усилению чувства неопределенности и к непереносимой тревоге (Черепанова, 1997). В современных работах травматические расстройства связывают с негативными смысловыми переживаниями (Мазур и др., 1992), с процессами смыслообразования и смыслопорождения (Леонтьев, 2001). У пациентов с пограничными психическими расстройствами, переживающими травматические события, наблюдаются нарушения процессов смысловой регуляции (Зейгарник и др., 1989). В ситуациях жизненного кризиса поведение определяется специфическими смысловыми образованиями, которые обозначаются как позиции личности (Тихоненко, 1998).

Среди других механизмов психических травм нельзя не упомянуть механизмы незавершенных действий или незавершенных ситуаций, подробно описанные в гештальт-подходе Ф.Перлзом и его последователями (Мазур, 1996). Незавершенные действия проявляются в виде нереализованных потребностей или незавершенных чувств и эмоций, которые стремятся к завершению. В качестве “незавершенных” могут выступать чувства горя, утраты, обиды, разочарования, гнева, возмущения. Процесс завершения требует проживания не только указанных чувств, но и других, таких, например, как прощение, прощание и благодарность, которые помогают завершить переживаемую психотравмирующую ситуацию.

Механизм незавершенных действий широко используется в теории психической травмы П.Левина. Травма рассматривается как результат незавершенной телесной реакции на травматическое событие. Эти реакции, по мнению автора, имеют биологическую, инстинктивную природу, они присущи как человеку, так и животному, и выражаются в виде реакций бегства, борьбы или замирания. Механизмы травматического стресса действуют также на уровне психофизиологии и проявляются в виде повышенного уровня возбуждения нервной системы, чрезмерной энергии. Следовательно, разрешение травмы требует завершения незавершенных реакций, разрядки избыточной энергии и возвращения к нормальному уровню функционирования.

В психологии психической травмы актуальным остается вопрос о путях овладения травматическими переживаниями и кризисными состояниями, о преодолении жизненных критических ситуаций.

По мнению Ф.Е.Васильюка (1984), преодоление критических ситуаций как ситуаций невозможности происходит в ходе особой деятельности переживания, направленной на поиск и производство смысла, который становится опорой в преодолении кризиса, и более того – новой ступенью в развитии личности.

В работе Е.С.Мазур (1983) было показано, что преодоление психотравмирующей ситуации происходит в процессе саморегуляции, который включает в себя ряд этапов: осознание смысла травмы и его переработка; восполнение ведущих смысловых образований, нарушенных травмой; изменение смысловой направленности и возобновление прерванной жизнедеятельности

В современной зарубежной литературе, посвященной изучению преодоления неблагоприятных кризисных ситуаций, собственно кризисные состояния рассматриваются как неудачные попытки овладения ими, и взамен предлагаются стратегии успешного, совладающего поведения. Р.Лазарус и С.Фолкман выделяют следующие типы поведения подобного рода (*Lazarus, Folkman, 1984*): конфронтирование, дистанцирование, самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство-избегание, планирование решения проблемы, а также положительная переоценка, предполагающая усилия по созданию положительного значения ситуации с фокусированием на росте собственной личности.

Если все же попытка преодоления терпит неудачу, то последовательно развиваются четыре фазы кризиса (*Caplan, 1963*):

1) рост напряжения, стимулирующий привычные для данной личности способы преодолевающего поведения;

2) дальнейший рост напряжения, возбуждения, агрессивности, уровня тревоги, диссомнии в условиях, когда упомянутые выше способы оказываются нерезультативными;

3) еще большее увеличение напряжения, требующее мобилизации внешних и внутренних психологических и физических ресурсов; в этом случае предпринимаются попытки использовать не характерные для личности способы преодоления;

4) нарастание тревоги и депрессии, чувства беспомощности и безнадежности, нарастание дезорганизации поведения, истощение и декомпенсация.

Из кризиса можно выйти на любом его этапе, если исчезнет ситуация, его вызвавшая.

По сей день не решенным остается вопрос, почему одно и то же травматическое событие делает беспомощной жертвой одного человека, а другого не только несколько не задевает, но подчас даже укрепляет (*Levine & Chitty, 1994; Магомед-Эминов, 1996; 1998*).

Современные работы в области психиатрии показывают, что жизненные травматические события могут вызывать не только психологические проблемы и трудности, но и потенцировать развитие клинически оформленных психических расстройств (*Попов, 1992; Дмитриева, Положий, 1994; Абрамов, 1995; Короленко, 1995; Александровский, 1993*). В Международной Классификации Болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) они выделены в рубрику “Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства”.

Травматический стресс в МКБ-10 определяется как самостоятельное расстройство в том случае, если можно выделить отдельный комплекс симптомов. Выделяются такие симптомы как: навязчивые повторные переживания травматического события; избегание всего, что связано с травмой; неспособность вспомнить важные эпизоды травмы; чувство отстраненности и отчужденности от других; притупленность эмоций, проблемы со сном, раздражительность или вспышки гнева, нарушение памяти и концентрации внимания, сверхбдительность и др.

Травма может приводить и к более глубоким болезненным последствиям в виде депрессии, тревожных расстройств, психосоматических заболеваний, суицидов. Нередко она имеет также и серьезные социальные последствия – в форме, например, насилия. Существенно, что неразрешенная травма имеет тенденцию к возобновлению.

Традиционные медицинские подходы понимают травму как биологическое заболевание, сопровождающееся мозговыми нарушениями, которые не могут быть устранены. Лечение имеет симптоматическую направленность и сводится к применению фармакологических препаратов, социаль-

ной поддержке и обучению стратегиям совладающего поведения. По общему мнению, этот подход недостаточно эффективен (*Levine, 1996*).

Споря с традиционной медицинской точкой зрения, П.Левин считает, что травму не стоит рассматривать как неизлечимую болезнь; нарушение в естественном биологическом процессе не ведет с неизбежностью к неизлечимой патологии. В лечении травмы необходимо учитывать внутреннюю способность человеческого организма к восстановлению физических и душевных сил, благодаря которой по прошествии даже чрезвычайно сильных травматических жизненных событий к человеку все же приходит выздоровление и исцеление. Важно также признавать способность людей поддерживать и воодушевлять друг друга в процессе трансформации травмы. Акцент на патологии, по мнению автора, может препятствовать процессу исцеления, так как отвлекает внимание человека от его собственной внутренней способности к саморегуляции и восстановлению своего баланса и жизненности (*Levine, 1996*).

При лечении травмы и ее последствий на первый план выходит роль психотерапии.

Некоторые подходы к психотерапии психической травмы

Практические психотерапевтические подходы к травме различаются в зависимости от тех теоретических школ, в рамках которых они возникли.

Психоаналитический подход, рассматривая травму как бессознательный процесс в психике, стремится устранить ее за счет освобождения подавленной скрытой энергии при помощи методов повторного проживания ситуации, катарсиса и отреагирования. Однако в психоаналитической практике нередки случаи, когда, оживляя травматическое событие, пациенты обнаруживают другие скрытые травматические эпизоды и “зацикливаются” на их бесконечном проживании. Современные психодинамические подходы, основываясь на классических психоаналитических представлениях о природе травмы, работу с ее последствиями по-прежнему превращают в длительный процесс, который в отдельных случаях затягивается чуть ли не на всю жизнь (*Калшед, 2001*).

В рамках поведенческих подходов к травме внимание концентрируется, в основном, на специфических стимулах и фобиях. В ходе терапии пациенты должны конфронтировать с неприятными ситуациями до тех пор, пока их реакции не станут “привычными”. Здесь применяются методы биологической обратной связи и техники релаксации, которые помогают пациентам дезактивировать возникшее в результате пережитой травмы возбуждение. Эти методы позволяют устранить отдельные симптомы травмы, но не затрагивают ее глубинных слоев и истоков.

Современные когнитивистские подходы, работая с различными посттравматическими симптомами и тревожными состояниями, подчеркива-

ют важность когнитивных и перцептивных факторов в их возникновении, но при этом недооценивают значения чувственного опыта, телесных переживаний, телесных реакций и их роли в организации и детерминации поведения и сознания.

Как уже отмечалось, надежда найти опору в мотивационно-смысловом и телесном уровнях саморегуляции человека, ориентация на работу со смысловой сферой травмы диктуют обращение к экзистенциальным подходам в психотерапии. Здесь можно выделить несколько направлений: логотерапию В.Франкла, экзистенциально-гуманистическую психотерапию Дж.Бьюджентала и гештальттерапию Ф.Перлза. К этим направлениям можно присоединить также и соматическую терапию психической травмы П.Левина.

В *логотерапии* В.Франкла (1992) обретение смысла, утраченного при травме, достигается путем совершения деятельности по отношению к миру и другим людям. Смысл нельзя придумать, его можно только осознать и открыть для себя. Он не может быть дан извне, поскольку образуется на пересечении внутреннего в человеке (ответственность за выбор) и внешнего (жизненные требования, которые должны стать осмысленными). При работе со смыслами по В.Франклу используется понятие специфических ценностей. Описываются ценность *отношения* как самотрансценденция, нахождение смысла в собственной судьбе; ценность *творчества*, или свобода собственного отношения к миру и своих действий по отношению к нему; ценность *переживания*, т.е. опыта приобретения человеком переживаний по отношению к явлениям окружающего мира во всем их своеобразии и неповторимости. Восполнение смысла предполагает принятие одной из этих ценностей.

В *экзистенциально-гуманистической психотерапии* Дж. Бьюджентала разрешение травмы происходит в процессе раскрытия *субъективности*, разворачивания *поиска* и углубления уровня *присутствия*, как клиента, так и терапевта. (*Бьюдженталь*, 1998). В ходе поиска в течение психотерапии совершается внутреннее исследование, направленное на осознание и изменение *системы конструкторов "Я и Мир"*, на раскрытие личностного потенциала и построение новых жизненных смыслов. Преодоление травмы предполагает проработку экзистенциальных "данностей", таких как "смерть", "свобода", "изоляция", "бессмысленность", которые чаще всего и составляют смысл переживаний при психологической травме. В этой связи особый интерес представляет данность "телесности".

Гештальттерапия как терапия целостного опыта использует в работе с травматическими ситуациями представления о цикле контакта, механизмах его прерывания, незавершенных ситуациях и об организмической саморегуляции. Терапия по разрешению травмы направлена на восстановление

целостного цикла реализации потребностей и преодоления защитных механизмов проекции, ретрофлексии, интроекции, а также слияния. Работа с потребностями основана на способности организма к саморегуляции. В гештальт-подходе широко используются техники диалога, направленные на изменение внутренней позиции человека, а также работа с чувствами и телом. Это дает возможность завершить переживание травмы на разных уровнях (Перлз, 2001).

Идеи работы с телом и незавершенными ситуациями широко используются в *соматической терапии психической травмы* П.Левина. Надо заметить, что этот метод психотерапии разрабатывался сугубо с целью разрешения психических травм и исцеления человека от их разрушительных последствий. В центре подхода – работа с телесной составляющей травматического опыта, освобождение от телесных травматических симптомов и ощущений. Этот подход, с нашей точки зрения, может стать основополагающим в психотерапии психической травмы. Он может стать центральным в процессе практической помощи людям, переживающим разного рода чрезвычайные ситуации и психические травмы. Поэтому остановимся на нем более подробно.

Соматическая терапия психической травмы

Основные теоретические представления. Соматическая терапия психической травмы – телесно-ориентированный подход, основанный на изучении нормального инстинктивного поведения при травме как модели лечения травматических расстройств. Выше уже говорилось, что, согласно позиции автора, травма формируется в результате незавершенной инстинктивной реакции бегства или борьбы, являющейся естественным ответом организма на стрессовое событие.

Подход характерен тем, что биологию человека он обращает на службу психологии и психотерапии. По мнению П.Левина, способность к разрешению и завершению травматических эпизодов угрозы жизни *встроена* в биологию человека. Для того чтобы оставаться здоровыми, все живые существа должны разряжать энергию, которая была мобилизована в ситуации угрозы жизни. Эта разрядка завершает реакцию на угрозу и позволяет вернуться к нормальному функционированию. Способность организма адекватно отвечать на любые предлагаемые средой условия, а затем возвращаться к исходному уровню функционирования называется гомеостазисом. Таким образом, в соматической терапии используются естественные природные возможности человека к самоисцелению, к саморегуляции, опираясь на внутренние ресурсы его организма.

По мнению П.Левина, симптомы травмы формируются под влиянием подавления или остановки реакции нервной системы, которая, находясь в состоянии повышенного возбуждения, стремится разрядить чрезмерную

энергию, активированную для борьбы за сохранение жизни. В процессе терапевтической работы с травматическими симптомами широко используются те физиологические реакции и процессы, которые направлены на разрядку заблокированной в теле избыточной энергии.

В концепции соматической терапии описываются основные травматические симптомы (*Levine P. & Chitty, 1994*):

- гипертоническое возбуждение (учащенное сердцебиение и дыхание, бессонница или нарушения сна, путаница в мыслях, панические атаки);
- беспомощность: чувство подавленности и разбитости;
- диссоциация: тела и сознания.

Выделяются факторы, способствующие образованию травматических симптомов:

- аффективное восприятие ситуации как угрожающей жизни;
- неспособность эффективно противодействовать стрессогенному фактору – невозможность борьбы или бегства;
- невозможность разрядить энергию, заблокированную в состоянии оцепенения.

Кроме того, описаны факторы, влияющие на возможность эффективного противодействия ситуации травмы:

- событие само по себе – насколько оно угрожающее;
- жизненный контекст в данное время;
- физические характеристики: генетическая предрасположенность;
- сформированные возможности – наличествующие в прошлом прецеденты удачного разрешения травматических ситуаций;
- внешние ресурсы: обусловленная культурой связь с природой, психологическая поддержка со стороны значимых других;
- внутренние ресурсы: комплексная система внутренних переменных, в том числе способность к саморегуляции;
- как события фиксируются в теле/сознании.

Ценно, что соматический подход успешно используется не только при посттравматических, но также и при психосоматических расстройствах. Эти нарушения также рассматриваются как попытка нервной системы удержать энергию выживания, оставшуюся в теле в результате неразрешенной травмы. Если эту энергию постепенно разряжать физиологически, например, посредством умеренной дрожи, симптомы значительно сокращаются и даже могут исчезнуть. Большинство симптомов психических и психосоматических заболеваний своими корнями уходят в симптомы травмы, в которых проявляется накопленная в теле и психике неразряженная резидуальная энергия.

С точки зрения терапии травмы, важно не допустить, чтобы посттравматические симптомы стали хроническими. С этой целью требуется транс-

формировать травму, для чего необходимо мобилизовать личностные качества и ресурсы и научиться управлять ими. Терапевт в этих условиях должен уметь поддерживать особый эмоционально-энергетический контакт с пострадавшим, быть присутствующим. Такого рода контакт получил в терапии название *сопереживающего, страдающего присутствия* (Levine, 1997).

Метод соматического переживания – природная способность человека к самоисцелению, основанная на внутренних ресурсах организма, активация и телесное осознание которых способствует преодолению психотравмирующей ситуации.

В качестве основного метода в терапии психической травмы используется техника, названная “*соматическим переживанием*”. Создавая этот метод, П.Левин исходил из того, что травма живет в теле, поэтому в теле же нужно искать и доступ к ней, а также путь к исцелению. Этот метод широко использует процессы телесного осознания, которые позволяют пациентам управлять своими ресурсами и трансформировать травму. “Соматическое переживание” основано на трансформации дезадаптивных телесных реакций в адаптивные. Это достигается восстановлением внутренних ресурсов в форме защитных и ориентировочных реакций, которые были утрачены во время угрожающей жизни ситуации и превратились в травматическое оцепенение. Этот метод подчеркивает значение телесного опыта в преодолении травмы. Он указывает на роль телесных реакций, а также соматических ощущений и переживаний в исцелении. Телесный опыт рассматривается как индивидуальный потенциал или ресурс скрытых защитных возможностей. Метод “соматического переживания” исходит из признания инстинктивного поведения в качестве источника способности организма к саморегуляции.

Метод подчеркивает, что реакция на травму зависит от того, как человек переживает это событие, когда оно с ним случается. В центре внимания – работа с ощущениями, их *осознавание, прослеживание и трансформация*. П.Левин писал: “Ключ к выходу из, казалось бы, неразрешимого положения находится в той характеристике, которая отличает человека от животного – в нашей способности сознавать наш собственный опыт. Когда мы можем замедлять и осознавать все элементы переживаемого ощущения и чувствовать то, что сопровождает травматические образы, мы позволяем им самим разрешаться, до того как сами погрузимся в травматическое переживание. Мы можем получить к ним доступ и начать преобразовывать побудительные мотивы, которые, в противном случае, заставили бы нас снова почувствовать травматическое переживание” (Levine, 1997).

В ходе работы с ощущениями и происходят целительные процессы завершения и трансформации телесных реакций, разрядка и высвобождение энергии, которая была мобилизована при встрече с травмой.

Соматическая терапия ценна тем, что включает широкий круг разнообразных техник работы с ощущениями. Пациенту предлагается войти в контакт со своими ощущениями, наблюдать за ними, быть внимательным к тем импульсам и реакциям, которые возникают. При этом важно замечать трудно уловимые изменения и реакции в теле, назначение которых – помочь освободить излишнюю энергию и завершить заблокированные телесные переживания. Особенность работы с ощущениями состоит в том, что за этими изменениями чрезвычайно трудно проследить, и поэтому необходимо развивать способность наблюдать за ощущениями, *не интерпретируя их*, так как поиск значений или историй может нарушить этот процесс. Работа с ощущениями позволяет также изменить и смыслы, значимые для пострадавшего. Новые смыслы могут открываться в процессе работы с ощущениями.

Метод соматической терапии психической травмы был разработан первоначально для работы с шоковыми травмами, однако его последующее применение показало, что он эффективен также и при других видах травм: эмоциональных, травмах развития, реакциях горя, потери, при разнообразных конфликтах и стрессовых ситуациях. Возможность обращения к телесному опыту в реальной практической терапевтической работе делает его достаточно универсальным.

Принципы практической работы. Согласно подходу Питера Левина, психотерапевтическая работа с травмой направлена, в целом, на восстановление естественной способности к саморегуляции, которая, в свою очередь, понимается как психологическая и биологическая способность человека к целенаправленной самоорганизации. Саморегуляция толкуется также как естественная природная способность человека к самоисцелению, основанная на внутренних ресурсах организма, активация и телесное осознание которых способствует преодолению психотравмирующей ситуации (Levine, 1997).

Работа с психической травмой следует ряду принципов.

Первый принцип работы с травмой в соматической терапии является общим для любого вида психотерапии. Он требует создания в ходе терапии ощущения *безопасности*, что предполагает установление ясных терапевтических отношений, способствующих внутреннему исследованию, поиску и росту. Эти отношения включают в себя доверие, надежность, безопасное пространство, сотрудничество и альянс.

Согласно второму принципу, работа с травматическими переживаниями предваряется созданием *ресурсов*. “Ресурсы” – это различные виды пози-

тивных самоощущений на уровне тела, то, что помогает человеку сохранять и поддерживать ощущение себя и собственной внутренней целостности перед лицом возможного разрушения при травме. На телесном уровне ресурсы могут проявляться в виде таких позитивных симптомов, как ощущение тепла, покалывания, дрожи, потока энергии и т.п. Ресурс порождается способностью к саморегуляции, когда пациент в процессе психотерапии учится расслабляться и отслеживать ощущения на телесном уровне. Осознавание и прослеживание ощущений на уровне тела подготавливает последующую работу с травматическими симптомами, развивая способность дифференцировать и отслеживать не только приятные, но и негативные телесные ощущения (например, сжатие, напряжение, дискомфорт, тремор и др.). Таким образом, восстановление и развитие способности к саморегуляции в работе с травмой происходит за счет создания и использования ресурсов.

Согласно третьему принципу, работа с травмой предполагает создание определенных *границ* переживания или так называемого *контейнирования*. “Контейнирование” определяется как осознавание, которое позволяет происходящему внутри пациента быть воспринятым на телесном уровне в виде различных соматических проявлений. Благодаря осознанию эти проявления наделяются характеристиками телесно переживаемых смыслов и чувств, которые становятся направляющей силой психотерапевтического процесса. Контейнирование и безопасность являются теми базовыми условиями, которые необходимы для восстановления способности к саморегуляции.

В практике соматической терапии травмы используются такие специфические психотерапевтические метафоры, как “воронка травмы” и “воронка исцеления”. Воронка травмы – это результат прерывания свободного течения однажды пережитого процесса, вызванного травмой. Избыток энергии, сцепленный с травматическим переживанием, становится воронкой, или вихрем, за пределами основного потока протекания переживания. Травматическая воронка – это своего рода резервуар, в который нервная система сбрасывает избытки нереализованной энергии, первоначально направленной на осуществление реакции борьбы/ бегства. Пациенты, пребывающие в воронке травмы, испытывают такие симптомы, как страх, головокружение, подавленность, сжатие, упадок сил, переживание суженного восприятия и др. Воронка энергии поддерживается травматическими симптомами, они уравнивают друг друга, создавая видимость нормального функционирования. Воронка энергии управляет травматическими симптомами таким образом, чтобы предостеречь организм от перегрузки.

Каждая травматическая воронка имеет противоположную по значению “исцеляющую воронку”. Построение “исцеляющей воронки” через телес-

ное переживание пробивает доступ к “замороженной” в травматической воронке энергии, помогая строить ресурсы, необходимые для проживания “законсервированных” импульсов. На построение “воронки исцеления” указывают такие симптомы, как потягивание, чувство тепла, ощущение волн энергии, расслабление, спокойствие, ощущение легкости, чувство настоящего времени и др. Построение исцеляющей воронки похоже на наложение гипса на сломанную руку и создает защищенное, безопасное пространство для исцеления.

Психотерапевт при разрешении травмы работает с целостным опытом пациента. В практике соматической терапии травмы гештальт опыта получил название системы *SIBAM*, по первым буквам английских названий элементов, составляющих этот опыт: ощущение (*sensation*), образ (*image*), поведение (*behavior*), аффект (*affect*), смысл (*meaning*). “*SIBAM*” – это способ организации опыта, установления контакта с окружающей средой, а также способ организации реакций индивида на происходящее. В здоровом состоянии между элементами переживаемого опыта существуют гибкие взаимосвязи. В условиях травмы взаимосвязи между различными частями опыта меняются, появляются сверхсцепленные и слабо сцепленные симптомы. Комбинация сверхсцепленных и слабо сцепленных симптомов, надолго сохраняющих травматические паттерны, образует травматическое сцепление. Цель терапии травмы состоит в проработке травматического сцепления и восстановлении гибких взаимосвязей системы целостного опыта пациента. Восстановление целостности и связанности опыта пациента происходит через работу с телесно переживаемыми смыслами и чувствами.

В практике соматической терапии психической травмы, как уже указывалось выше, большая роль отводится методам работы с ощущениями и связанными с ними элементами системы индивидуального опыта. Методы и техники работы с целостным переживанием травмы создают предпосылки для восстановления естественной способности личности к саморегуляции, необходимой для разрешения травмы.

Метод соматической терапии психической травмы описан нами достаточно подробно ввиду того, что это – новый метод в практике работы с психической травмой, пока еще мало представленный в отечественной литературе.

Говоря о ценности этого метода, хочется еще раз подчеркнуть, что он был создан специально для работы с травматическими переживаниями и их последствиями. Особенно удачными мы считаем предложенные П.Левином практические методы работы с целостным опытом травмы, с использованием внутренних естественных ресурсов для саморегуляции. Несколько спорной кажется теория данного подхода, которая чрезмерно

акцентирует биологические аспекты, отводя вторичную роль собственно психологическим, а именно, смысловым аспектам в работе с травмой.

Сделанный нами обзор основных представлений о психологической травме и ее психотерапии указывает на сложность данного явления и на отсутствие единого психотерапевтического подхода, который бы воспринимался как вполне “самодостаточный” в работе с травматическими расстройствами. Каждый из представленных выше подходов направлен, по сути, на прицельную проработку какого-либо одного из аспектов травматического переживания – телесного, эмоционального, смыслового или поведенческого. Задачи эффективной психологической работы с психической травмой требуют разработки *комплексного интегративного психотерапевтического подхода*, который позволял бы проработать целостный опыт травматического переживания. С нашей точки зрения, такой подход может быть создан на основе ряда психотерапевтических методов. Продуктивным может оказаться сочетание соматической терапии с экзистенциальной и гештальттерапией. Методы соматической терапии как специфические методы работы с травмой являются, на наш взгляд, основными. Методы и техники экзистенциальной терапии и гештальттерапии могут служить в качестве дополнительных. Сочетание этих методов позволяет проработать переживание травмы на разных уровнях. Метод соматического переживания направлен на работу с телесными аспектами травматического опыта. Методы экзистенциальной терапии эффективны для проработки смысловой сферы травмы – глубоких переживаний, связанных с отношением к собственной жизни, к своему будущему, с поиском новых смыслов. Методы гештальттерапии позволяют проработать эмоциональные аспекты травмы, прожить целостный цикл травматического опыта и завершить незавершенную травматическую ситуацию. Предложенный интегративный подход прошел уже первый опыт апробации в клинической практике. Далее хотелось бы кратко представить наш опыт применения данного подхода.

Нами была разработана специальная психотерапевтическая программа для работы с пациентами, переживающими психические травмы и страдающими пограничными психическими расстройствами. Программа была апробирована на клинической базе отделения проблем реабилитации ГНЦССП им. В.П.Сербского.

В психотерапевтической работе приняло участие 8 пациентов с депрессивными расстройствами, в анамнезе перенесшие разного рода психические травмы: потерю близкого человека, развод, затянувшийся межличностный конфликт, стресс, связанный с опасным соматическим заболеванием и др.

Работа проходила, главным образом, в форме групповой психотерапии в сочетании с отдельными индивидуальными психотерапевтическими сессиями по запросу пациентов. Психотерапевтическая работа в группе строилась в соответствии с принципами и задачами психотерапии травмы. Основным в работе служил метод соматической терапии. В качестве дополнительных использовались некоторые методики и техники гештальттерапии и экзистенциальной терапии. Психотерапевтическая работа проходила в течение месяца и включала в себя ряд этапов.

Первый этап: адаптация. Главная задача этого этапа – создание атмосферы безопасности и открытости в группе, установление между ее участниками эмоциональных контактов, основанных на отношениях принятия, доверия и поддержки. Здесь использовались методы групповой гештальттерапии: техники – “знакомство”, “освоение пространства”, “темп движения”, “медитация на ходьбе” и др. Работа проводилась в форме групповых дискуссий, групповых и парных упражнений.

На этом этапе предлагались также отдельные телесные упражнения, которые предоставляли пациентам опыт телесной работы и давали возможность начать работу с ресурсами на уровне тела. Эти упражнения позволяли, в частности, исследовать ощущение опоры, устойчивости и укорененности в ногах. Пациенты сообщали, что обычно не обращают внимания на свои ноги. Пациентка Г. говорила, например, что обычно при ходьбе она “как бы оторвана над землей, как бы плывет над ней”. При выполнении упражнений пациенты отмечали ощущение неустойчивости и напряжения в ногах. Это свидетельствовало о слабом развитии чувства опоры. Работа с телесностью была новой и интересной для пациентов. Особенно им нравилось обсуждать свои переживания после выполнения упражнений. В то же время они отмечали, что плохо чувствуют свое тело, а также что им весьма трудно сконцентрироваться на телесных ощущениях.

На этом этапе специальная работа с травматическими переживаниями пациентов пока еще не проводилась. Не предлагалось обсуждать темы, связанные с психотравмами. В то же время пациенты с острыми травмами еле сдерживали свои переживания и с трудом участвовали в групповой работе. Они либо молчали, чувствуя себя скованно, не решаясь поделиться своими переживаниями и не находя других тем для беседы, либо, наоборот, спонтанно, не сдерживая слез, рассказывали о своих проблемах.

Например, пациентка К. во время процедуры знакомства, рыдая, поведала, что от нее ушел муж, и ей “ничего уже не может помочь, так как муж никогда не вернется”. Для того чтобы снять остроту переживания, с пациенткой была проведена работа методом соматического переживания. Согласно данному методу, ей было предложено сконцентрироваться на чувствах и ощущениях в теле. В ходе работы было обнаружено,

что К. испытывает чувство тревоги, которое проявляется в виде нервных движений рук. Когда пациентка осознала эту взаимосвязь, психотерапевт предложил ей сделать другое движение, которое помогло бы ей успокоиться. К. начала поглаживать свои руки, и через некоторое время почувствовала себя спокойнее. По сути, следуя своему внутреннему процессу, пациентке удалось найти ресурс, который нормализовал ее состояние. Эта работа по поиску и развитию ресурсов была продолжена на последующих этапах групповой работы.

Второй этап: работа с ресурсами. Основная задача данного этапа – развитие внутренних ресурсов пациентов как средства саморегуляции. С этой целью проводилась психотерапевтическая работа, развивающая способность пациентов к телесному осознанию. Использовались комплекс директивных телесных техник, способствующих развитию ощущения внутреннего баланса, центрированности, чувства равновесия и опоры. Применялись также специальные двигательные методики и техники работы с воображением и образами. Ресурсы выступали в виде позитивных самоощущений на уровне тела, с помощью которых пациенты могли регулировать свое состояние. Наряду с внутренними ресурсами развивались также и внешние ресурсы – групповые отношения, основанные на поддержке, понимании, сочувствии и сопереживании. Пациенты активно включались в обсуждение проблем друг друга, рассказывали собственные жизненные истории, давали советы.

Проводимый комплекс телесных упражнений позволял пациентам максимально сконцентрироваться на своих ощущениях и уменьшить фиксацию на негативных мыслях о травматических событиях. Пациенты получали удовольствие от своей телесной работы, они говорили о приятных ощущениях тепла, расслабленности, легкости, покалывания, прохлады и др. Эти ощущения, согласно соматической терапии травмы, относятся к “воронке исцеления” и указывают на развитие ресурсных состояний. В ходе выполнения упражнений у отдельных пациентов наблюдались спонтанные процессы телесной разрядки в виде смеха, плача, дрожи и др., которые также приносили облегчение. У некоторых пациентов, напротив, пробуждались симптомы “воронки травмы”, которые требовали специальной работы.

Так, у пациентки Г. в процессе выполнения упражнения на развитие баланса появилось ощущение головной боли. В результате работы с этим симптомом методом “соматического переживания” наблюдалась его трансформация. Ощущение головной боли вначале усилилось, а затем сменилось ощущением неприятной тяжести во всем теле, далее возникла дрожь, появились слезы, после чего пришло телесное расслабление. Дрожь и плач выступали проявлениями разрядки на телесном

уровне. После завершения процесса соматического переживания пациентка испытала облегчение. Она была удивлена, как быстро у нее прошла головная боль.

На этом этапе у пациентов с острой травмой сохранялась аффективная насыщенность переживаний. Усиление ресурсов пробуждали симптомы травмы, а травматические переживания сохраняли способность к повторному проживанию.

На втором этапе проводилась также работа с использованием техник на воображение. Особенно эффективно было сочетание образа “животного” с движениями. Эти образы позволяли пациентам осознать собственные истинные побуждения, попытаться реализовать их в движении и пробудить ресурсное состояние.

Например, пациентка Б. ощутила себя в образе “пантеры”, которая “хочет прыгнуть, но не позволяет себе осуществить это желание”. Б. говорила, что в присутствии других людей она испытывает напряжение, мешающее ей делать то, что хочется. Рассказывая о своем переживании, пациентка ощутила напряжение в области груди. Согласно техникам соматической терапии, терапевт предложил ей “завершить” прыжок в воображении. После завершения прерванного движения в воображении Б. почувствовала, что “комочек напряжения, находившийся в грудной области, переместился вверх и больше не беспокоит”. В образе пантеры пациентка позволила себе осуществить свое желание, это помогло ей расслабиться и почувствовать себя более уверенно: “Я давно уже не испытывала такого состояния”.

По ходу психотерапевтической работы участники группы начинали понимать возможности использования полученного опыта работы с ресурсами для регуляции своих состояний. Они сообщали, что им стало легче справляться с плохим настроением, бессонницей, раздражительностью. В целом, настроение стало более спокойным и ровным, чувство беспомощности сменилось большей уверенностью. Важно подчеркнуть, что пациенты находили средства саморегуляции самостоятельно, опираясь на осознание ощущений и импульсов своего тела. Можно сказать, что работа с телом помогала пациентам узнавать себя, доверяя собственному телу, его мудрости.

Ценность телесной работы на втором этапе заключалась в том, что она давала пациентам опыт переживания своего тела как источника позитивных ощущений, которые могут участвовать в регуляции внутреннего состояния, помогая им освободиться от чрезмерного эмоционального напряжения.

Создание ресурсов на данном этапе групповой работы создало возможности для перехода к непосредственной работе с травматическими переживаниями.

Третий этап: работа с психической травмой. Работа с травматическими переживаниями была направлена на изменение смысла травматической ситуации, на ее преодоление и освобождение от травматических симптомов. Она велась уже с целостным опытом травматического переживания, включая не только телесный, но также смысловой и эмоциональный аспекты.

Наличие развитых телесных ресурсов допускало уже более глубокую и целостную работу с травмой на телесном уровне. Здесь активно применялись недирективные техники соматической терапии, включая технику так называемого горизонтального *титрования*, основанную на переключении процесса телесного осознания между ощущениями “воронки травмы” и “воронки исцеления”. Применялись также медитативные техники, аутентичные движения. Уровень доверия, сопереживания и поддержки в группе позволял пациентам начать раскрывать свои более глубокие травматические переживания.

На этом уровне нами использовались методы и техники экзистенциальной терапии. Менялся также и стиль психотерапевтической работы: она в большей степени проводилась в виде индивидуальных сессий наряду с групповой работой. Пациенты сами обращались с запросом на индивидуальную терапию.

Они уже не избегали обсуждения травматических тем и могли беспрепятственно делиться опытом пережитых травматических ситуаций. Воспоминания о травме сопровождались эмоциональным напряжением, которое выражалось в разного рода травматических симптомах и негативных телесных ощущениях (скованности, тряске, неприятных ощущениях в ногах, боли др.). По мере работы с телесными ощущениями с использованием ресурсов, происходили процессы разрядки (в виде вибрации, дрожи, тепла, пульсации и др.). В результате негативные ощущения сменялись позитивными (ощущения расслабленности, спокойствия, устойчивости). Интересно, что изменения ощущений сопровождалось трансформацией смыслов переживаний, ситуации в целом и понимания своей позиции.

У пациентки К., при воспоминании о том, что ее оставил муж, начинали трястись руки, возникала мучительная жалость к себе. В процессе работы соматическими методами ощущение тряски начинало уменьшаться, преобразуясь в приятные волны энергии в руках. Вместе с этим, уходило чувство жалости к себе и наступало успокоение. Менялся также и смысл ситуации: “Я думаю, если муж захочет, он сам вернется. В каком-то смысле даже хорошо, что он ушел. Я ведь раньше жила только

для него...”. У нее появилась надежда и уверенность, что она сможет справиться с ситуацией и выйдет из депрессии.

Пациентка В. в результате психотерапии пересмотрела свое отношение к смерти мужа. “ Я более ясно сейчас поняла, что сделала все возможное, и моей вины ни в чем нет; теперь надо думать об устройстве дальнейшей жизни; надо устраиваться на работу и жить дальше”.

Можно сказать, что внутренние ресурсы как позитивные телесные ощущения запускали работу процесса саморегуляции, который позволял преодолеть травмирующие переживания, и вызывал изменения, как на телесном, так и на смысловом уровнях. В результате уходили травматические симптомы, наблюдалась динамика ощущений и смыслов травмы, появлялось новое видение своей жизненной ситуации.

Четвертый этап: интеграция и завершение. На этом этапе подводились итоги проделанной работы. В ход группового обсуждения пациенты говорили о ценности проведенной работы для себя. Они отмечали хорошее самочувствие, ощущения спокойствия, внутреннего равновесия, большей уверенности. Говорилось об открытии важности для себя работы с телом и о том, что научились управлять своим состоянием. Подводя итоги работы, пациенты выходили на более общий уровень осмысления полученного ими опыта. Можно сказать, что они завершили переживание травмы, обнаруживая новые аспекты ее понимания, философского осмысления жизненных трудностей, жизненной философии в целом. Это можно рассматривать как проявление ценностно-смыслового уровня саморегуляции.

Ценности пациентов нашли выражение в излагаемых ими притчах. Они рассказали притчу о Сизифе, а также об отце, который подарил сыну кольцо с надписью, призванной помочь ему в трудных ситуациях – “все пройдет... и это пройдет”. Обсуждая притчи, пациенты раскрывали для себя жизненно важные принципы и ценности, которые помогали им справиться с пережитыми психотравмирующими ситуациями. “Все, что происходит, надо научиться принимать...”. “Нужно преодолевать проблемы и не убиваться”... “Когда трудно, лучше не замыкаться в себе, а идти к людям – к друзьям, родственникам”... “Выход в том, чтобы самому строить свою судьбу, делать то, что хочешь”. Утверждения подобного рода указывают на то, что пациенты оказались способны занять более отстраненную, рефлексивную позицию по отношению к своей травмирующей жизненной ситуации и найти новые пути ее решения.

Таковы итоги психотерапевтической работы с депрессивными пациентами, переживающими психические травмы. Предложенный интегративный психотерапевтический подход показал достаточную эффективность, что было подтверждено специальным экспериментальным исследованием, проведенным нами совместно с В.Ю.Бубенко (2002). Сочетание методов

соматической, экзистенциальной и гештальттерапии позволило использовать межличностные отношения в качестве интересубъективного ресурса в разрешении травмы, и главное – проработать телесные и смысловые аспекты ее переживания. Предложенный нами психотерапевтический подход представляется перспективным для дальнейших исследований и разработки реабилитационных программ помощи людям, переживающим чрезвычайные ситуации и психические травмы.

ЛИТЕРАТУРА

- Александровский Ю.А. *Пограничные психические расстройства.*., 1993.
- Бубенко В.Ю. *Динамика саморегуляции в процессе психотерапии. Дипломная работа.* М., 2002.
- Бьюдженталь Д. *Наука быть живым.* М., 1998.
- Бьюдженталь Д. *Искусство психотерапевта.* СПб., 2001.
- Василюк Ф.Е. *Психология переживания.* М., 1984.
- Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б., Мазур Е.С. *Саморегуляция поведения в норме и патологии. Психологический журнал.* М., 1989, т.10, № 2, с.121-133.
- Калшед Д. *Внутренний мир травмы.* М.: Академический проект, 2001.
- Леонтьев Д.А. *Психология смысла.* М., 2001.
- Мазур Е.С. *Смысловая регуляция деятельности. Автореф. канд. дисс.,* М., 1983.
- Мазур Е.С., Гельфанд В.Б., Качалов П.В. *Смысловая регуляция негативных смысловых переживаний у пострадавших при землетрясении в Армении. Психологический журнал.* М., 1992. № 2, с.54-65.
- Мазур Е.С. “Эффект Зейгарник” и концепция незавершенных действий в гештальттерапии. *Сборник материалов Московского института гештальта и психодрамы.* М., 1998, с.6-1.
- Перлс Ф., Гудмен П. *Теория гештальттерапии.* М., 2001.
- Положий Б.С., Дмитриева Т.Б. *Психическое здоровье и социальное состояние общества. // Социокультурные проблемы современной психиатрии. (Материалы VIII научных Кебриковских чтений).* М., 1994.
- Попов Ю.В., Вид В.Д. *Современная клиническая психиатрия.* М., 1997.
- Селье Г. *Стресс без дистресса.* М., 1979.
- Тихоненко В.А. *Позиция личности в ситуации конфликта и суицидальное поведение. Российский психиатрический журнал,* № 3, 1998, с.21-24.
- Франкл В. *Поиск смысла жизни и психотерапия. // Психология личности. Тексты.* М., 1982.
- Фрейд З. *Я и Оно.* Л., 1924.
- Levine P. *Waking the Tiger: Healing Trauma.* North Atlantic books, Berkeley, 1997.

Levine P. Nature's lessons in healing trauma. Foundation for trauma Enrichment. Lyons, 1996.

Levine P., Chitty J. New Insights into trauma Therapy. APTA National Conference, 1994, p.13.

Zettl L. & E.Josephs. Self-Regulation Therapy. Canadian Foundation for trauma Research and Education. Vancouver, 2001.