

## 15 лет спустя: методологические вопросы оказания психологической помощи молодым людям Осетии, пережившим террористический акт в Беслане в школьном возрасте

**М.А. Гулина\***,  
ФГБОУ ВО МГУ, Москва, Россия,  
*marinagulina@mail.ru*

**А.А. Рамонова\*\***,  
ФГБОУ ВО СОГУ, Владикавказ, Россия,  
*ramonovaalena@gmail.com*

**А.А. Карлова\*\*\***,  
City University, Лондон, Великобритания,  
*karlova3812@gmail.com*

Описаны основные положения теории психологической травмы, в том числе идеи о травме как об «обоюдоостром мече» и концепции посттравматического личностного роста. Приводятся некоторые последние данные качественного исследования среди молодых людей Беслана, выживших во время захвата школы террористами в 2004 г., собранные в 2017–2018 гг.<sup>1</sup> Поднимаются вопросы о потенциальных долгосрочных последствиях непроработанности травмы, о возможности ретравматизации травмированных клиентов в ходе директивной психотерапии, о вероятности бессознательной передачи непроработанной травмы следующим поколениям. Обсуждаются принципиальные различия между медицинской и психологической моделями психотерапевтической помощи, в том числе разница между дискурсом «воздействия» и «взаимодействия» в ходе психотерапии. Подчеркивается неправомерность приравнивания душевного страдания к психическому заболеванию. Психологическое консультирование и психотерапия рассматриваются как трансформация скрытого потенциала психологического страдания человека в усиление его личности.

### Для цитаты:

Гулина М.А., Рамонова А.А., Карлова А.А. 15 лет спустя: методологические вопросы оказания психологической помощи молодым людям Осетии, пережившим террористический акт в Беслане в школьном возрасте // Культурно-историческая психология. 2019. Т. 15. № 1. С. 46–55. doi: 10.17759/chp.2019150105

### For citation:

Gulina M.A., Ramonova A.A., Karlova A.A. Fifteen Years After: Methodology and Ethics of Psychological Help to Young Adults Who Survived Terror Act at Beslan School in Their Childhood. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya = Cultural-historical psychology*, 2019. Vol. 15, no. 1, pp. 46–55. (In Russ., abstr. in Engl.). doi: 10.17759/chp.2019150105

\* *Гулина Марина Анатольевна*, доктор психологических наук, профессор кафедры методологии психологии, Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова (ФГБОУ ВО МГУ), Москва, Россия. E-mail: *marinagulina@mail.ru*

\*\* *Рамонова Алена Александровна*, психолог, психотерапевт, заведующая кафедрой инклюзивного образования, Северо-Осетинский государственный университет имени К.Л. Хетагурова (ФГБОУ ВО СОГУ), Владикавказ, Россия. E-mail: *ramonovaalena@gmail.com*

\*\*\* *Карлова Анастасия Александровна*, психолог, научный сотрудник факультета психологии, СИТИ Университет (City University), Лондон, Великобритания. E-mail: *karlova3812@gmail.com*

*Gulina Marina Anatolyevna*, PhD in Psychology, Professor, Department of Methodology of Psychology, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia. E-mail: *marinagulina@mail.ru*

*Ramonova Alena Aleksandrovna*, Psychologist, Counselor, Head of Department of Inclusive Education, Faculty of Psychology, Khetagurov North Ossetian University, Vladikavkaz, Russia. E-mail: *ramonovaalena@gmail.com*

*Karlova Anastasia Aleksandrovna*, Psychologist, Researcher, Psychology Department, City University, London, UK. E-mail: *karlova3812@gmail.com*

<sup>1</sup> Использованные в статье фрагменты интервью приведены с минимальным редактированием.

**Ключевые слова:** мультимодальная травма, шоковая травма, травма напряжением, отчуждение, дезорганизация, посттравматический рост, проработка травмы.

---

## Fifteen Years After: Methodology and Ethics of Psychological Help to Young Adults Who Survived Terror Act at Beslan School in Their Childhood

**M.A. Gulina,**

Moscow State University, Moscow, Russia,  
*marinagulina@mail.ru*

**A.A. Ramonova,**

North Ossetian University, Vladikavkaz, Russia,  
*ramonovaalena@gmail.com*

**A.A. Karlova,**

City University, London, the UK,  
*karlova3812@gmail.com*

Main concepts of a theory of psychological trauma including seeing trauma as «a double-edged sword», and a concept of posttraumatic personality growth are outlined. Some new data obtained from the most recent (2017–2018) qualitative study among young adults who survived terror act at Beslan school in 2004, are presented. Issues of potential long-term sequels of unmetabolized trauma; of a probability of a secondary traumatization of a patient under conditions of a directive psychotherapy; and probability of unconscious transmission of unmetabolized trauma to the next generations are raised. Fundamental differences between medical and psychological models of psychotherapeutic help including the differences between discourse of «impact» vs discourse of «reciprocity» are discussed. Fallacy of equating of mental suffering and illness is stressed. Psychological counseling and psychotherapy are considered as a transformation of a latent potential of suffering into strengthening of the ego.

**Keywords:** multiple trauma, shock trauma, strain trauma, alienation, disorganization, posttraumatic personality growth, metabolization of trauma.

---

Переживание горя, быть может, одно из самых таинственных проявлений душевной жизни.  
*Ф.Е. Василюк. Психология горя*

**Краткая историческая справка.** 1 сентября 2004 г. во время торжественной линейки, посвященной началу учебного года, произошел захват заложников в школе № 1 города Беслана (Северная Осетия). В течение двух с половиной дней террористы удерживали в заминированном здании 1128 заложников (преимущественно детей) в тяжелейших условиях, отказывая людям даже в удовлетворении минимальных естественных потребностей. На глазах у детей взрослые расстреливались и выкидывались из окна здания; заложники подвергались не только физиологической депривации, но и другим издевательствам. На третий день около 13:05 в школьном спортзале раздались взрывы, позже возник пожар, в результате чего произошло частичное обрушение здания и начались военные действия по освобождению здания от террористов. В результате теракта погибли 314 человек из числа заложников, из них — 186 детей. Всего, включая спасателей, погибли 333 человека, свыше 800 получили ранения разной степени тяжести. Значительное число пострадавших до сих пор нуждаются в постоянной медицинской помощи, так как они не восстановились от физических и психологических потрясений и травм. Основная часть пострадавших в террористическом акте в Беслане — дети и подростки школьного возраста. Правительство РФ, население России, представители многих государственных и общественных организаций (юристы, психиатры, психологи, педагоги, медицинские и социальные работники и др.) приняли активное участие в оказании различных видов помощи пострадавшим, прежде всего детям. Тем не менее, вопрос о долгосрочных последствиях этой массовой и полимодальной травмы остается неизученным.

## Травма и время

Согласно уже первым работам З. Фрейда «... любовью опыт, который вызывает расстраивающий эффект, такой как страх, тревога, стыд или физическая боль, может функционировать как травма» [8, с. 6]. Это определение, которое является одним из первых определений травмы, все еще принято в литературе, несмотря на то, что многие авторы считают его слишком общим. Развивая далее теорию травмы, Фрейд сделал несколько других важных шагов. В работе 1896 г. [15] он предположил, что человек забывает о травматическом опыте, вытесняя его; в работе 1915 г. «О вытеснении» [19] он писал о том, что вытеснение имеет дело с репрезентациями событий, мест, объектов, в то время как подавление имеет дело с аффектами, с чувствами. Травма — это относительное понятие, и ее степень зависит от серии различных факторов, например, личной установки, физического состояния человека, ситуационной возможности для действий и защиты, которые существовали непосредственно перед травмой или во время травматического события.

Есть три условия, которые особенно способствуют панике во время травматического события: первое — когда есть сигналы о том, что опасность приближается и не может быть предотвращена; второе — невозможно действовать, когда опасность наступила; третье — это потеря эмоциональных связей с теми, кого мы любим [16; 14]. Человек под влиянием этих трех факторов, скорее всего, будет видеть себя беспомощным субъектом, находящимся в условиях невыносимого лишения, депривации; он может чувствовать, что его тело повреждено или что он может умереть. Это особенно верно по отношению к детям, потому что дети действительно не знают, умрут они от наплыва сильных чувств или выживут. Как известно из историографии Беслана, один мальчик дошкольного возраста умер от сердечного приступа в школе на руках у матери (по материалам частной беседы с историком Беслана Н.И. Гуриевой).

Более позднее определение травмы, данное Фрейдом, звучит следующим образом: «Травма может иметь место также, когда человек абсолютно остановлен травматическим событием, которое потрясает основы его жизни, так что он теряет интерес к настоящему и будущему и оказывается постоянно в концентрации на прошлом» [18, с. 276]. Это потрясенное «Я», или, другими словами, такая дезорганизованная, распавшаяся личность, отличается от невротической личности, у которой симптомы формируются на основе бессознательного внутреннего конфликта. Заметим, что уже на заре создания теории травмы психоаналитики говорили об отношении травмы к настоящему и будущему времени, хотя она, казалось бы, является событием прошлого. Но бессознательное, как мы знаем, алогично и существует вне времени, что отчасти распространяется и на процессы памяти.

Обобщая более чем столетний период исследования травмы, можно выделить следующие основные

идеи психоаналитического понимания этого феномена. Во-первых, последствия травмы зависят не только от ее тяжести — существуют факторы, способствующие большей стойкости по отношению к травме, среди которых — эмоциональное состояние перед травмой, наличие дополнительных ресурсов, таких как поддержка или вера в поддержку. Во-вторых, эффект травмы зависит от фазы психологического развития, на которой находится человек. Речь идет не столько о возрасте, сколько о психологической зрелости личности. Именно поэтому история этой трагедии содержит свидетельства как о героизме детей и взрослых, так и о мощной регрессии к безграничному паническому состоянию даже у взрослых. В-третьих, травма рассматривается как «обоюдоострый меч» (*double-edged sword*) — она может вызывать фиксацию, травматический невроз, долговременные изменения характера, но также может способствовать развитию альтруистических тенденций, способности к самозащите, большей уверенности и зрелости. Тем не менее, массовые травмы, каковыми являются не только Холокост и Блокада Ленинграда, но и, несомненно, трагедия Беслана, обычно не «залечиваются» в ходе жизни одного поколения, а оказывают влияние также и на поколения последующие. В настоящее время эта идея, изначально психоаналитическая, принята и в психологии.

В современной литературе сопротивляемость травме (стойкость) рассматривается как способность к внутренней работе с травмой, метаболизации болезненного опыта для восстановления ПРЕДтравматического уровня функционирования. Возможность такого восстановления — довольно спорный, дискуссионный вопрос, и его сложность может быть сравнима с вопросом: «Правоммерно ли ставить такую цель для психотерапевтического посттравматического лечения?». Другими словами, возможно ли возвращение человека к его ПРЕДтравматическому состоянию?

Например, несмотря на то, что дети Беслана были вовлечены в предельную и полимодальную травму, многие из них духовно выросли в условиях этого ужаса и последующих тяжелых событий. Это еще раз подтверждает идею П. Блоса-младшего (P. Blos, Jr.) и Р. Галатцера-Леви (R.M. Galatzer-Levy) [6, с. 197] о том, что травма как опыт может быть оценена только через ее воздействие на человека. Другими словами, смысл, значение, концепция травмы создаются человеком после прохождения через нее. Этим отличается психоаналитический взгляд на травму от бихевиорального, поскольку в последнем подходе травма рассматривается как событие.

Сравнительно недавно появившаяся концепция посттравматического роста [31] стала новым поворотом в развитии теории травмы. Ее авторы предложили идею *позитивных* психологических изменений, которые могут случаться как результат борьбы с очень опасным, провоцирующим, разрушающим травматическим событием. По их мнению, феномен посттравматического роста включает в себя следу-

ющие параметры: отношения с другими (например, большая близость, большее сострадание по отношению к другим); новые возможности (новые роли, встреча новых людей); силу личности (человек чувствует себя как личность сильнее); духовные изменения (человек чувствует, что он более связан духовно с кем-то или с чем-то); более глубокое принятие жизни. Следует отметить, что эта новая концепция напоминает идеи психоаналитика Н. Deutsch [10], которая писала о том, что личность в посттравматическом состоянии при определенном стечении обстоятельств может усиливаться и становится более компетентной. Поврежденное Эго может укрепиться, человек может научиться более эффективно существовать в новых травматических ситуациях и более успешно справляться с травмой. Она утверждала, что неизбежная в условиях травмы внутренняя дезорганизация может дать возможность для более адаптивной реорганизации Эго, что, на первый взгляд, выглядит парадоксально.

Другие психоаналитики (E. Kris [21]; E. Glover [12]; S. Furst [20]; D. Casoni [9]) описывали такие виды травмы, как «шоковая травма», «травма давлением» («shock trauma», «strain trauma»), а также писали о маскирующей, экранирующей травме, когда человек, особенно ребенок, помнит какую-то картинку, за которой прячется еще более болезненная, травмирующая реальность. В посттравматическом состоянии может наблюдаться процесс изоляции опыта от его осознания, в более острых случаях это может вести к изолированию каких-то фрагментов личности от собственного осознания.

Ребенок может развить ряд защит, которые ограничивают его контакт с болезненным опытом, инкапсулируют его травму, и тогда он не осознает своих мыслей, чувств, потребностей, поскольку это невыносимо для него.

Уже в ранних психоаналитических работах и исследованиях описывалась первая травма ребенка, когда он переживает потерю близкого человека или угрозу этой потери, что было названо «страхом утраты объекта». [17, с. 136]. А. Фрейд, которая много работала с травмированными детьми во время и после второй мировой войны, подчеркивала тот факт, что дети бессознательно используют регрессию, чтобы избежать контакта с настоящим, с их чувствами в данный момент, потому что эти чувства слишком непереносимы, и таким образом ребенок уходит от болезненного опыта. Более поздние публикации подтвердили ее наблюдения. Так, например, A. Green и D. Kocijan-Hercigonja [13], исследуя механизмы совладания детей с войной, происходившей в стране авторов, заметили, что у детей развивались не только посттравматические симптомы, но и отчуждение (alienation). M. Macksoud и J. Aber [24] обнаружили, что более глубокая травма была прожита теми из детей, выживших в войну в Ливии, которые были свидетелями актов насилия, а также подвергались бомбежкам и обстрелу, по сравнению с теми детьми, которые переживали другие типы травмы. Таким образом, мы не можем создать некоторую «шкалу»

травмирующих событий, потому что это зависит от индивидуальной ситуации, в которую попадает ребенок или взрослый, и от его способа проживания этой ситуации. Здесь стоит отметить, что взрослые и дети в бесланской школе подвергались самым разнообразным видам насилия: пережили как травму напряжением, оставаясь в ситуации неизвестности и на грани уничтожения на протяжении трех дней, так и шоковую травму — сначала во время захвата школы террористами, потом во время штурма, предпринятого спасателями, когда вдруг нужно было начинать что-то делать, спасти себя и других. Более того, по свидетельству участницы Б.Г. (интервью от 6 мая 2018 г., возраст на момент теракта — 14 лет), для нее наиболее травматичным оказалось не пребывание в школе, а долгий путь восстановления после полученных ранений, когда она закрыла собой во время взрыва в столовой трехлетнего мальчика. Кроме многократных тяжелых операций и многолетнего лечения, продолжающегося до сих пор, она столкнулась с неверием врачей в ее выздоровление, угрозой утраты дееспособности.

Возвращаясь к исследованию M. Macksoud и J. Aber [24] о детях, выживших в войну в Ливии, стоит отметить, что они писали о крайней дезорганизации детей, проявившейся уже после их «спасения» от ужасов войны. Об этом свидетельствовали и специалисты, работавшие в Беслане, и родители детей. Однако другие факты показывают, что не все дети проживали очевидную регрессию. Как мы уже упоминали, некоторые дети и подростки показывали высокий уровень зрелости и героизма, и в то же время некоторые взрослые были настолько разрушены давлением, оказанным террористами, что не смогли оказать помощь не только детям, но даже себе.

Поэтому только на первый взгляд кажется неожиданным результат количественного (дисперсионного) анализа, выявивший, что значение по шкале «удовлетворенность жизнью» у молодых людей (как юношей, так и девушек), которые не были в заложниках, ниже этого же значения у бывших заложников. Здесь, на наш взгляд, проступает элемент посттравматического роста, когда выжившие лучше понимают ценность жизни и принимают ее. Это хорошо иллюстрирует следующий фрагмент из интервью (девушке А.О. было 10 лет на момент теракта; интервью проводилось в марте 2018 г.): «Я, конечно, точно оценить не могу, поменялась я или нет, потому что это был тот период, когда ты только рос, развивался, и ты не знаешь, какой бы ты был, если бы этого не было. Но все равно мир для тебя более... с одной стороны... очень хрупкий, а с другой — основательный. И людей ты больше любишь... ну да, потому что ты понимаешь, ты ценишь все абсолютно, абсолютно, каждую мелочь... не знаю... то, на чем люди обычные — другие люди, не стали бы заикливаться, акцентировать внимание. Мне кажется, вот я обращаю внимание на все, на каждую мелочь, и я стараюсь радоваться и как-то беречь это».

Сбор данных интервью с бывшими заложниками показал, что даже сегодня далеко не все пострадав-

шие и их родственники готовы говорить о прошлом, несмотря на то, что, казалось бы, историография Беслана — книги, интервью с журналистами, видеоматериалы — довольно обширна.

Знание особенностей осетинской культуры, историографии теракта, а также наш собственный опыт обследования и интервьюирования бывших заложников и членов их семей позволяют нам сделать вывод о том, что травматичное прошлое пока гораздо менее проработано мужчинами, чем женщинами. Следует помнить о том, что ожидания от мальчиков в Осетии принципиально отличаются от ожиданий от девочек, а на глазах у этих мальчиков расстреливали взрослых мужчин, их отцов и родственников, в то время как за стенами школы все три дня стояли другие мужчины, готовые броситься на помощь, пришедшие из самых разных уголков Осетии, включая и тех, чьи родственники не были захвачены.

Поскольку сбор данных интервью продолжается, а для проведения анализа нужен весь объем аудио- и текстового материала, то в рамках данной статьи мы остановимся только на том новом для нас материале, который касается непосредственно темы психологической помощи заложникам: того, как это было представлено в рассказах участников исследования.

Заметим, что вопрос о психологической помощи не задавался ни в одном из интервью, поскольку такой задачи не ставилось изначально. Более того, все вопросы были сформулированы в максимально нейтральной, проективной форме, например: «Что происходило с Вами в 2004 году?», «А что было дальше?», «Что Вам помогало восстанавливаться после теракта?», «Как бы Вы описали Вашу жизнь сейчас?», «Каким Вам видится ваше будущее?».

Размышляя о представлении о своем будущем у людей в посттравматическом состоянии, следует помнить о том, что оно может быть неким убежищем, способом отрицания травмы, а может быть симптомом процесса метаболизации, переработки травмы. В любом случае нас как исследователей интересовало, в какой временной точке своего жизненного пути данный человек сейчас находится, продвигается ли он в направлении восстановления, метаболизации травмы или есть некая психологическая остановка, фиксация на точке травмы. Мы также были готовы к противоречиям в собираемой информации как в пределах одного интервью, так и в собранном материале в целом, поскольку каждый участник был полон сильных, но противоречивых, амбивалентных чувств, где смешивались боль, гнев, любовь, тревога о будущем, о здоровье, о семье, о своем месте в жизни.

Дело в том, что весь известный общественности на сегодняшний день материал о Беслане при всей своей обширности носит довольно фрагментарный характер, например, по-прежнему существуют серьезные противоречия в ряде фактов этой трагедии и их интерпретации, начиная от числа террористов, захвативших школу, и заканчивая числом жертв,

поскольку в официальную цифру не вошли люди, скончавшиеся в результате отсроченных последствий пережитого. В связи с этим было бы странно ожидать, что нет противоречий в чувствах и мыслях людей, вспоминая эти события; поэтому ответ на вопрос «Где сейчас, в какой временной точке находятся молодые люди Беслана» не имеет однозначного ответа, даже когда мы имеем в виду конкретного человека. С одной стороны, они до сих пор находятся в прошлом, точнее в «past in present» («прошлое в настоящем»), Так, даже спустя 10 лет Амина Качмазова (8 лет на момент теракта) говорила следующее: «Я ненавижу 31 августа. Потому что понимаю: сегодня я была еще нормальным, обычным ребенком, но уже завтра произойдет то, что полностью изменит мою жизнь. Каждое 31 августа я закрываюсь в ванной и начинаю выть. Серьезно. Не плакать, не хныкать, а выть»<sup>1</sup>.

Многие заложники говорят о том, как по-разному они проживали эти три дня: в первый день они надеялись (а некоторые были уверены) что их скоро спасут; во второй день они чувствовали себя ненужными и совершенно одинокими, что «за пределами зала никого нет», «о захвате школы никто не знает»; на третий день все хотели и ждали любого исхода события — смерти или спасения — лишь бы это закончилось: «Господи! Быстрее бы нас уже всех здесь бабахнули, чтобы просто не мучиться. Просто взять, лечь, вот все бы это закончилось и все» (из интервью А.И., 12 лет на момент теракта). Другие участники говорили о том, что уже ничего не хотели, не было ни сил, ни надежды.

Одной из повторяющихся тем таких рассказов было несоответствие эмоционального состояния участников той форме и методам помощи, которые предлагались специалистами. Отрывок из интервью И.М. (11 лет на момент теракта, 2018 г.): «Когда в первый раз ко мне пришел психолог, к концу разговора вышло так, что я ее успокаивала. Она плакала, медсестры прибежали, отпаивали ее корвалолом. Что ты ей рассказала, спрашивают. Она попросила рассказать, что было в школе, и я рассказала. Я делала и говорила то, что они хотели услышать, чтобы они от меня отвязались. “Расскажи, как ты себя чувствуешь? Ты можешь цветом описать свое внутреннее состояние?” А у меня тогда был только серый цвет. Я поняла, что из-за этого нарвусь на идиотские разговоры и говорила: “Голубое небо вижу. Облака. Солнце”. Потом они выходили и говорили маме: “Она очень легко это перенесла”. Они на самом деле хотели помочь, но они не сталкивались с такими случаями. Растерянные были. Вообще, в России вся эта система плохо развита: психологи, психоаналитики... Я думала, если ты вышел из той мясорубки, то всё, у тебя зеленый свет на всю жизнь. Оказалось, это не так».

Интервью с И.П. (12 лет на момент теракта, 2017 г.): «...Я помню, мы были в Пятигорске, и вот тогда были психологи, молодые девушки какие-то, с

<sup>1</sup> Журнал «Сноб» (<https://snob.ru/selected/entry/80072>).

нами занимались. Но это были, знаете, больше игры, развлекали. Когда я училась в музыкальной школе, там была психолог-женщина, она занималась с такими детьми. И после занятия во дворе заставляла каждый раз проговаривать все, что происходило эти три дня. И в тот момент это для меня было адским адом. Я пошла в пятый класс, и тогда пошла в музыкальную школу еще. Если сказать, что я была вымотана и выжата... даже лимоном назвать себя невозможно, потому что у нас терапия была полтора часа, и я все полтора часа редела и полтора часа меня заставляли это все проговаривать. Это для меня было невозможно сложно, для меня, для ребенка». Интервьюер: «А что вам нужно было делать?». И.П.: «Каждый раз нужно было говорить, что с тобой происходило все эти три дня. Это (смеется) — непросто! Мне кажется, я тогда не спала вообще. Пара сеансов у меня была, а потом мама запретила мне туда ходить, и вот, я помню, я прямо вздохнула, когда это все закончилось. Мне неудобно было отказать (смеется), даже тогда (смеется)». Стоит помнить, что смех участников во время интервьюирования всегда носил нервный, защитный характер. Многие из них, так же как и в случае интервьюирования блокадников Ленинграда [4], сначала соглашались дать интервью, а потом с извинениями уклонялись от встречи.

Непроработанность бесланской травмы и сегодня проявляется как в текстах интервью, так и в эмоциональных реакциях участников, в невозможности для них говорить о своих переживаниях. Защищаясь от травматических воспоминаний, участники могут использовать такие механизмы, как, например, отрицание, смещение (*displacement*), проективную идентификацию. Защитные механизмы личности являются, как известно, очень динамичными образованиями и могут вести как к переработке, метаболизму травмы, так и к ее инкапсуляции. Например, в семье, где выжила только девочка, бывшая в школе, и ее папа, не отходивший от школы все те три дня, «никогда не говорили и не говорят об этом», и это было сказано ею в 2018 году, спустя 14 лет после трагедии. В таких случаях, поскольку речь идет о консервировании травматического опыта, о фиксации на нем, возрастает вероятность бессознательной, а иногда и сознательной передачи травмы из поколения в поколение.

Есть основания полагать, что в ряде случаев психологи, работавшие в Беслане, бессознательно или сознательно также предлагали детям уйти от их собственных детских чувств и чувствовать «как надо». Например, вот выдержка из уникального и в целом очень ценного труда А.Л. Венгера и Е.И. Морозовой [2, с. 117]: «Впервые пришедшего в Центр ребенка сначала познакомили с помещением. Ласково обняв за плечи (?)<sup>2</sup>, психолог подводил его к искусственному аквариуму (зона релаксации) и показывал, как плывут рыбки: “Видишь, красивые рыбки плывут все вместе, в одну сторону (?)...” Постояв у аквариума (?), психолог подводил ребенка к следующей зоне:

“Тут у нас гараж. Здесь много разных машин (?)... А тут — куклы и все, что нужно, чтобы с ними играть: посуда, мебель. Еще можно играть в парикмахерскую, или в магазин, или в больницу (?)”. Подведя ребенка к спортивной зоне, психолог объяснял: “Тут ребята прыгают с лесенки в бассейн. Это очень весело (?). А вот тренажер. Те, кто на нем занимаются, становятся самыми сильными и смелыми (?). Они потом никого и ничего не боятся (?) и даже могут прыгнуть в бассейн с самой верхней ступеньки”. Заметим, что «вода» (а заложники в школе почти умирали от жажды), «машины», «больница» могли быть наполнены пережитым ужасом для ребенка, а «лесенкой» была шведская стенка — такая же, как и в спортзале захваченной школы. Авторы объясняют это намерением «десенситизации» детей, но в этом опять видится философия и тактика «прикладывания одобренного метода» (по типу наложения пластыря) в случаях «острого ПТСР».

Впрочем, «... некоторые наиболее апатичные дети отказывались осматривать Центр» [2, с. 117], и мы бы предложили читателю подумать: что могло стоять за этим отказом в каждом отдельном случае? Вариантов может быть очень много, и именно за каждым отказом скрывалась своя, неповторимая травма. При общей «массовости» этой трагедии каждая травма была уникальна, и именно на это должно быть направлено внимание психолога-психотерапевта.

Другое «прикладывание» — в вопросе подбора определенных специалистов. Например [2, с. 67]: «Задачи психологической реабилитации детей и подростков, переживших тяжелую психическую травму, принципиально различны непосредственно после нее и несколько месяцев спустя. На первом этапе реабилитационная работа в целом может быть охарактеризована как медико-психологическая, на втором — как психолого-педагогическая. Этим определяется и подбор специалистов, осуществляющих такую работу».

Другими словами, принципиальная разница между двумя моделями: психотерапии как ВОЗдействия на пациента, что является декларируемой сущностью медицинской позиции, и ВЗАИМОдействия с ним, что является сущностью психологической и психоаналитической позиции [3], — все еще не осознается рядом специалистов.

Психологическая помощь детям не должна проводиться в директивном ключе, который может быть описан формулой «делай так, и тебе станет лучше». Вместо этого психолог-психотерапевт должен следовать за пациентом в его внутренней психической работе. Идея о том, что существуют универсальные методики, приемы для работы с травмой — например, «выговориться», «нарисовать шахидку», «уничтожить страх» (порвав рисунок), — является не только директивной, но и насильственной по своей природе, поскольку игнорирует ту временную точку, в которой в данный момент находится пациент. Вы-

<sup>2</sup> Вопросительные знаки поставлены авторами данной статьи в местах, требующих отдельного обсуждения.

сказывания участников по поводу оказанной им психологической помощи в ряде случаев показывают, что, пережив запредельное насилие во время теракта, они были вынуждены следовать в процессе своей психологической реабилитации за психологом, который решал, что они должны делать. При этом надо помнить о культурных особенностях осетинского народа, где, во-первых, уважение к старшим является абсолютной и безусловной нормой поведения и, во-вторых, «осетины не плачут» (широко известное высказывание пятилетнего заложника мальчика, перенесшего тяжелую операцию в московской больнице в 2004 г.).

### Медицинская и психологическая модели психотерапии и консультирования

Консультирование и психотерапия, как и психология в прошлом, были вынуждены бороться за свое место среди академических дисциплин. Рассуждая об истории психологических подходов к психотерапии, бесполезно вспомнить Д. Шлиена (J. Shlien), который писал: «Диагностика — это та область, где психология была принята психиатрией... На самом деле, поскольку само излечение было настолько неясным и малоэффективным, то диагностика стала главной областью "успеха". Психологи попросту были наняты работать в области психиатрии, и диагностика стала их защитным покрывалом, а также позволением быть включенными в профессию» [30, с. 159]. Р. Сандерс (R. Sanders) [29, с. 35], обсуждая вопрос о необходимости разделения психотерапии и медицинской модели лечения, заявляет следующее: «Нам нужно сохранять баланс и дистанцию для того, чтобы регулировать нашу дискуссию, прояснять какие-то моменты, хотя иногда дебаты служат противоположной цели — набросить одеяло на слона в углу. Я выражусь прямо. Медицинская модель психической болезни не работает, а на практике она ятрогенна, и, если я понимаю это, тогда нет нужды дискутировать на тему, надо ли объединяться с этим, принимать это или пересматривать». Он сравнивает тенденцию использования психологов только как психодиагностов, служащих интересам психиатрии, со свитой придворных голого короля из сказки Андерсена.

Есть много путей и подходов к тому, как размышлять о психическом здоровье. Как практики, мы вынуждены думать, как концептуализировать (описывать, формулировать) наш ежедневный опыт работы с пациентами. Здесь нужно определиться, какой модели мы придерживаемся: биологической, психологической, социальной, духовной или экзистенциальной. Может быть, речь идет об их комбинации, но тогда нужно проверить, совместимы ли эти модели, т. е. правомерна ли «интеграция»? Есть консультанты и психотерапевты, которые идут по другому пути, разрабатывая свою индивидуальную идиосинкратическую систему категоризации и диагностики, которую они используют для того, чтобы объединить,

показать связь между лечением и «симптомами», опытом, переживанием. Другие коллеги, такие как клиентоцентрированные терапевты, вообще отвергают диагнозы и дифференциальные подходы в лечении [29].

Сходное методологическое и этическое напряжение до сих пор существует между медицинской и психоаналитической моделями психотерапии. С одной стороны, хорошо известно, что именно медицина на фрейдовского времени отвергала психоанализ — так, «первооткрыватель» шизофрении, знаменитый швейцарский психиатр Э. Блейлер (E. Bleuler), называл психоанализ «аутистическим мышлением в медицине». В контексте его позиции это был диагноз безумия и неизлечимости. С другой стороны, в настоящее время психоаналитические модели стали неотъемлемой частью мышления многих психиатров, как зарубежных, так и отечественных. И тем не менее психоаналитическая и психологическая позиция по отношению к пациенту принципиально отличается от медицинской. Достаточно вспомнить, что идея «нормальности—ненормальности» была опровергнута уже в ранних работах Фрейда и его соратников, и в этом можно увидеть глубокое родство психоаналитической и гуманистической психологии.

Заметим, что большинство психологов-консультантов и психологов-психотерапевтов не являются квалифицированными медиками и также не являются духовными гуру — наша работа основывается на психологических и социально-психологических теориях. Все психотерапевтические журналы полны статьями психологического, социологического и экзистенциального направлений. Почему же все-таки медицинская модель, берущая истоки в биологической психиатрии, до сих пор является столь влиятельной и доминирует в умах многих специалистов и широкой общественности?

Профессиональная реальность такова, что мы, психологи, не используем биологическую психиатрию и медицинскую модель в понимании психического нездоровья. Ряд коллег призывают к тому, чтобы отвергнуть вообще метафору «болезни» и предлагают говорить о дистрессе, страдании, напряжении. Возможно, нам, русскоговорящим практикующим психологам, нужно вообще отказаться от этого иностранного слова «дистресс», пока оно не стало новым психиатрическим диагнозом. Дело в том, что если мы думаем в терминах болезни, то мы видим болезнь и «лечим болезнь». Однако именно психологические исследования показали, что если мы «лечим болезнь», то и люди ведут себя как больные, причем часто в соответствии с «поставленным диагнозом».

Если же мы понимаем, что люди жаждут быть понятыми, увиденными, услышанными (это не означает, что пациент *должен говорить*, как это было в ряде случаев работы с выжившими заложниками Беслана), то мы не будем навешивать на них диагностические ярлыки и, тем более, не будем делать следующий за диагнозом шаг, а именно привязывать к навязанному диагнозу определенный тип «лечения». Приведенные примеры печально-

го опыта использования якобы психологического консультирования с выжившими заложниками бесланской школы показывают, что такое, по сути медицинское, мышление о посттравматическом состоянии человека приводит не к облегчению страданий, а к ретравматизации. Мы уже не говорим о том, что в глазах общественности страдает репутация нашей профессии.

Именно поэтому в свое время мы определили психологическое консультирование как такое языковое ВЗАИМОдействие, где происходит «... трансформация скрытого потенциала психологического страдания человека в усиление его способности к развитию и укрепление его собственной индивидуальности» [3, с. 253].

В то же время мы, безусловно, приветствуем «гуманизацию» психиатрического мышления, которая, например, позволила перестать смотреть на инвалидов и гомосексуальных людей как на больных. Эти люди, может быть, и другие, но они не больны. Вообще, идея «болезни» не так безобидна, как кажется, поскольку часто ведет к маргинализации и стигматизации человека. Ряд исследований показал, что стигма таких диагнозов, как шизофрения или личностное расстройство, ведет к инвалидизации человека. Безусловно, соматические болезни существуют, но душевное страдание лучше рассматривать вне контекста нормальности—ненормальности.

Заметим также, что видение психологически страдающих людей как больных отвлекает общество от истинных причин их страданий. Мы как психологи-профессионалы должны искать новые метафоры для описания психологического страдания; возможно, бороться за демедиализацию нашей профессии, нашей жизни, а не способствовать разработке все более тонких диагнозов. С. Мадиган (S. Madigan) сформулировал это следующим образом: мы должны помочь трансформации «незнающих пациентов» в «знающих людей» [23, с. 97].

### Душевные страдания не являются болезнью

Аргументы в пользу того, что душевные страдания не являются болезнью, не новы. Например, согласно J. Read [27], люди, которые страдали от сексуального использования, гораздо с большей вероятностью могут получить диагноз шизофрении, в то время как люди, выросшие в условиях бедности и этнической дискриминации, с гораздо большей вероятностью получают диагноз психоза, но отличного от шизофрении. Сходным образом неблагоприятное воспитание ребенка в условиях плохого ухода, его отвержения, его использования высоко коррелирует с вероятностью развития у него гиперактивности и проблем с вниманием, более низкой успеваемостью, проблемами со сверстниками в школе, более ранним поступлением на психиатрическое лечение и более частыми обращениями к психиатрам.

Другие данные [28] говорят о том, что существуют очень незначительные различия: а) в распределении

нейротрансмиттеров; б) структуре мозга; в) уровне активности различных областей мозга между людьми, получившими психотический диагноз, и людьми без такого диагноза, но страдавшими от тяжелых условий в детстве. Например, мозг психологически травмированных детей показывает сходные структурные и функциональные изменения по сравнению с людьми, диагностированными как люди с психотическими нарушениями. Исследования П. Брегина (P. Breggin) [7], Р.П. Бенталла (R.P. Bentall) [5], Т. Линча (T. Lynch) [22], Дж. Монкрифф (J. Moncrieff) [25; 26] и других показали, что нет убедительных научных доказательств специфической биохимической дисфункциональности, связанной с определенными психиатрическими расстройствами. Так, например, депрессию традиционно, на основе косвенных результатов лабораторных исследований, связывают с низким уровнем серотонина или норадреналина, однако до сих пор это не доказано прямыми исследованиями: у пациентов не измеряли уровень серотонина, и до сих пор нет данных о том, какой уровень серотонина является «нормальным». П. Брегин [7] открыто пишет о том, что тот биохимический дисбаланс, который мы находим у психиатрических пациентов, вызван именно психиатрическим медикаментозным лечением.

Профессиональные психологи-консультанты и психологи-психотерапевты знают из собственного опыта, что связь симптомов и диагноза чрезвычайно сомнительна. В профессиональной практике и в повседневной жизни мы встречаем людей, у которых может быть много симптомов, но не так много страдания, в то время как у других практически отсутствуют симптомы, хотя обстоятельства их жизни чрезвычайно тяжелы, от чего они глубоко страдают. Мы не будем касаться разнообразной критики диагностических категорий DSM, но напомним, что рядом исследователей собраны впечатляющие доказательства того, что так называемый «психотический» опыт довольно широко распространен в нашей повседневной жизни.

Безусловно, медицинские модели душевного страдания *социально* более удобны, чем социально-психологические модели. Так, исследование Эрмиша и коллег [11] показало, что английские дети, выросшие в бедности, с большей вероятностью будут демонстрировать такие особенности поведения, как более низкая самооценка и отсутствие планов вступить в брак. Они верят, что хорошее здоровье — это результат везения, склонны прогуливать занятия, хотя покинуть школу как можно раньше и хуже учиться. Велика вероятность того, что они дольше будут безработными, когда станут старше, и эмоционально они страдают больше, чем те, кто не жил в детстве в бедности.

Уже поэтому нам, профессиональным психологам, важно осознавать опасность нашего возможного соучастия в построении «сумасшествия» в обществе, и именно поэтому все чаще среди коллег раздаются призывы отделить медицинскую модель лечения от психологических моделей.



Возвращаясь к упомянутым примерам отдельных неудач в экстренной психологической помощи детям, выжившим в условиях захвата школы, ни в коем случае не умаляя заслуг коллег, работавших в экстремальных условиях, все же отметим, что именно медицинское, а не психологическое понимание внутренней картины страдания ребенка и сущности терапевтического процесса привело в ряде случаев к искажению самой природы психологической помощи.

Федор Ефимович Василюк как психотерапевт обладал необыкновенной и редкой способностью в

работе с людьми говорить о самых тонких моментах психотерапии легким, точным и в то же время живым научным языком. Вот один из примеров, который замечательно проясняет и укрепляет нить наших рассуждений [1, с. 245]: «Каким чудесным образом человеку, опустошенному утратой, удастся возродиться и наполнить свой мир смыслом? Как он, уверенный, что навсегда лишился радости и желания жить, сможет восстановить душевное равновесие, ощутить краски и вкус жизни? Как страдание переплавляется в мудрость?»

#### Финансирование

Работа выполнена при поддержке гранта № 4558 Международной Психоаналитической Ассоциации (ИПА).

#### Funding

This work was supported by grant No 4558 of The International Psychoanalytic Association (IPA).

#### Литература

1. Василюк Ф.Е. Пережить горе // О человеческом в человеке. М.: Политиздат, 1991. С. 230–247.
2. Венгер А.Л., Морозова Е.И. Психологическая помощь детям и подросткам после Бесланской трагедии. Владикавказ, 2006. 174 с.
3. Гулина М.А. Основы индивидуального психологического консультирования. СПб.: Издательство СПбУ, 2000. 272 с.
4. Гулина М.А., Гулин Ф.В. Травма военного детства (Блокада, эвакуация, оккупация): историко-психологическое исследование. СПб.: Европейский Дом, 2016. 336 с.
5. Bentall R.P. Madness explained: psychosis and human nature. London: Allen Lane/Penguin, 2003. 565 p.
6. Blos P., Jr. Galatzer-Levy R.M. The borderline and severely neurotic child // J. Amer. Psychoanal. Assn. 1987. Vol. 35. P. 189–201.
7. Breggin P. Toxic psychiatry. London: Harper Collins, 1993. 578 p.
8. Breuer J., Freud S. Studies on hysteria. SE 1. 1893. P. 1–17.
9. Casoni D. 'Never twice without thrice': An outline for the understanding of traumatic neurosis // Int. J. Psychoanal. 2002. Vol. 83. P. 137–59.
10. Deutsch H. Selected Problems of Adolescence: With Special Emphasis on Group Formation. New York: International University Press, 1987. 85 p.
11. Ermisch J., Jantti M., Smeeding T. From Parents to Children: The Intergenerational Transmission of Advantage. New York: Russell Sage Foundation, 2012. 524 p.
12. Glover E. The screening function of traumatic memories // Int. J. Psychoanal. 1929. Vol. 10. P. 90–3.
13. Green A., Kocijan-Hercigonja D. Stress and coping in children traumatized by war // J. Amer. Acad. Psychoanal. 1998. Vol. 26. P. 585–97.
14. Freud A. Infants without families: The writings of Anna Freud. Vol. 3. New York, NY: International UP, 1973. 711 p.
15. Freud S. Further remarks on the neuro-psychoses of defence. SE 20. 1896. P. 157–185.
16. Freud S. Group psychology and the analysis of the ego. SE 20. 1921. P. 65–144.
17. Freud S. Inhibitions, symptoms and anxiety. SE 20. 1926. P. 75–176.

#### References

1. Vasilyuk F.E. Perezhit' gore. O chelovecheskom v cheloveke [Processing a grief. About humanity in a human being]. Moscow, Publ. Politizdat, 1991, pp. 230–247.
2. Venger A.L., Morozova E.I. Psikhologicheskaya pomoshch detyam i podrostkam posle Beslanskoi tragedii [Psychological help to children and adolescents after Beslan tragedy]. Vladikavkaz, 2006. 174 p.
3. Gulina M.A. Osnovy individual'nogo psikhologicheskogo konsul'tirovaniya [The basics of individual psychological counselling]. Saint-Petersburg: Publ. SPBU, 2000. 272 p.
4. Gulina M.A., Gulin F.V. Travma voennogo detstva (Blokada, evakuatsia, okkupatsia): istoriko-psikhologicheskoe issledovanie [Trauma of the War childhood (the Siege, evacuation, occupation): historical and psychological study]. Saint-Petersburg: Publ. Evropeiskiy Dom, 2016. 336 p.
5. Bentall R.P. Madness explained: psychosis and human nature. London: Allen Lane/Penguin, 2003. 565 p.
6. Blos P., Jr. Galatzer-Levy R.M. The borderline and severely neurotic child. J. Amer. Psychoanal. Assn., 1987. Vol. 35, pp. 189–201.
7. Breggin P. Toxic psychiatry. London: Harper Collins, 1993. 578 p.
8. Breuer J., Freud S. Studies on hysteria. SE 1. 1893. pp. 1–17.
9. Casoni D. 'Never twice without thrice': An outline for the understanding of traumatic neurosis. Int. J. Psychoanal., 2002. Vol. 83, pp. 137–59.
10. Deutsch H. Selected Problems of Adolescence: With Special Emphasis on Group Formation. New York: International University Press, 1987. 135 p.
11. Ermisch J., Jantti M., Smeeding T. From Parents to Children: The Intergenerational Transmission of Advantage. New York: Russell Sage Foundation, 2012. 524 p.
12. Glover E. The screening function of traumatic memories. Int. J. Psychoanal., 1929. Vol. 10, pp. 90–3.
13. Green A., Kocijan-Hercigonja D. Stress and coping in children traumatized by war. J. Amer. Acad. Psychoanal., 1998. Vol. 26, pp. 585–97.
14. Freud A. Infants without families: The writings of Anna Freud. Vol. 3, New York, NY: International UP, 1973. 711 p.
15. Freud S. Further remarks on the neuro-psychoses of defence. SE 20, 1896, pp. 157–185.

18. Freud S. Introductory lectures on psychoanalysis. SE 15, 1916–17. P. 1–240.
19. Freud S. Repression. SE 20, 1915. P. 141–158.
20. Furst S. Psychic trauma. New York, NY: Basic Books, 1967. 257 p.
21. Kris E. The recovery of childhood memories in psychoanalysis // *Psychoanal. Study of the Child*. 1956. Vol. 11. P. 54–88.
22. Lynch T. Beyond Prozac: healing mental suffering without drugs. Ross-on-Wye: PCCS Books, 2004. 316 p.
23. Madigan S. Inscription, description and deciphering chronic identities // *Deconstructing psychotherapy* / I Parker (Ed.). London: Sage, 1999. P. 150–63.
24. Macksoud M., Aber J. The war experiences and psychosocial development of children in Lebanon // *Child Development*. 1996. Vol. 11. P. 70–88.
25. Moncrieff J. Psychiatric imperialism: the medicalization of modern living // *Soundings*. 1997. Vol. 6.
26. Moncrieff J. The antidepressant debate // *British Journal of Psychiatry*. 2002. Vol. 180. P. 193–204.
27. Read J. Untitled presentation at the 15th ISPS Conference. Madrid, 12–16 June, 2006.
28. Read J., Mosher L., Bentall R. (Ed.). Models of madness: psychological, social and biological approaches to schizophrenia. Hove: Brunner-Routledge, 2004. 400 p.
29. Sanders R. Principled and strategic opposition to the medicalization of distress and all of its apparatus // *Person-centered psychopathology: a positive psychology of mental health* / S. Joseph, R. Worsle. (Ed.). Ross-on-Wye: PCCS Books, 2005. P. 21–42.
30. Shlien J.M. Response to Boy's symposium on psychodiagnosis // *Person-Centered Review*. 1989. Vol. 4 (2). P. 157–62. Reprinted in: Cain D. (Ed.) *Classics in the Person-Centered approach*. Ross-on-Wye: PCCS Books, 2001.
31. Tedeschi R, Calhoun L. The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma // *J. Traumatic Stress*, 1996. Vol. 9. P. 455–471.
16. Freud S. Group psychology and the analysis of the ego. SE 20, 1921, pp. 65–144.
17. Freud S. Inhibitions, symptoms and anxiety. SE 20, 1926, pp. 75–176.
18. Freud S. Introductory lectures on psychoanalysis. SE 15, 1916–17, pp. 1–240.
19. Freud S. Repression. SE 20, 1915, pp. 141–158.
20. Furst S. Psychic trauma. New York: Basic Books, 1967. 257 p.
21. Kris E. The recovery of childhood memories in psychoanalysis. *Psychoanal. Study of the Child*, 1956. Vol. 11, pp. 54–88.
22. Lynch T. Beyond Prozac: healing mental suffering without drugs. Ross-on-Wye: PCCS Books, 2004. 316 p.
23. Madigan S. Inscription, description and deciphering chronic identities. Parker I. (ed.), *Deconstructing psychotherapy*. London: Sage, 1999, pp. 150–63.
24. Macksoud M., Aber J. The war experiences and psychosocial development of children in Lebanon. *Child Development*, 1996. Vol. 11, pp. 70–88.
25. Moncrieff J. Psychiatric imperialism: the medicalization of modern living. *Soundings*, 1997. Vol. 6.
26. Moncrieff J. The antidepressant debate. *British Journal of Psychiatry*, 2002. Vol. 180, pp. 193–204.
27. Read J. Untitled presentation at the 15th ISPS Conference, Madrid, 12–16 June, 2006.
28. Read J., Mosher L., Bentall R. (eds.), Models of madness: psychological, social and biological approaches to schizophrenia. Hove: Brunner-Routledge, 2004. 400 p.
29. Sanders R. Principled and strategic opposition to the medicalization of distress and all of its apparatus. In Joseph S. (eds.), *Person-centered psychopathology: a positive psychology of mental health*. Ross-on-Wye: PCCS Books, 2005, pp. 21–42.
30. Shlien J.M. Response to Boy's symposium on psychodiagnosis. *Person-Centered Review*, 1989. Vol. 4(2), pp. 157–62. Reprinted. In Cain D. (ed.), *Classics in the Person-Centered approach*. Ross-on-Wye: PCCS Books, 2001.
31. Tedeschi R, Calhoun L. The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *J. Traumatic Stress*, 1996. Vol. 9, pp. 455–471.