

ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМА К ИСТОРИИ ВОПРОСА

Н.Ю. ФЕДУНИНА,
Е.В. БУРМИСТРОВА*

В статье прослежена история возникновения и развитие представлений о психической травме. Авторы подняли весьма значительный объем отечественной и зарубежной литературы, начиная с конца XIX века по настоящее время, чтобы показать, как менялся социокультурный контекст, повлиявший на содержание этой категории. Исторические события бурного XX века – войны и техногенные катастрофы – привлекли внимание к связанным с этими явлениями психическим нарушениям со стороны не только представителей медицинской и психологической науки, но и всего общества. В статье развернута масштабная картина, показывающая, каким образом менялись представления о причинах посттравматического стрессового расстройства и о его лечении.

* *Федунина* Наталья Юрьевна, *Бурмистрова* Екатерина Викторовна – Центр экстренной психологической помощи, Московский городской психолого-педагогический университет.

Истоки

Врач

Она больна не телом, но душою,
Чей мир смущают призраки.

Макбет

А ты возьми да вылечи ее. Придумай,
Как исцелить недужное сознание,
Как выполоть из памяти печаль,
Как письмена тоски стереть в мозгу
И снадобьем ей дать забвенье, сняв
С ее груди отягощенной тяжесть,
Налегшую на сердце.

Врач

В этом может
Помочь себе лишь сам больной.

Шекспир «Макбет»

Описания воздействия экстремальных ситуаций на человека могут быть прослежены вглубь веков. Исследователи находят их в трудах Гомера, древнем эпосе о Гильгамеше, исландских сагах, книгах Геродота, Лукреция, Цицерона, не говоря уже о более поздних писателях, таких как Шекспир или Гете, вновь и вновь обнаруживая сходство основных глубинных реакций на травму в разных культурах и разные времена (*van der Kolk et al.*, 1989; *Weisaeth*, 2002; *Birmes et al.*, 2003; *Ben-Ezra*, 2004; *Ancient trauma*). Как бы то ни было, принцип историзма обязывает нас рассматривать феномен психической травмы во временном, социальном и культурном контекстах, изучив историю этой категории не как замкнутое прошлое, но как путь к настоящему. Ведь культура проявляется в своей *со-*временности, в тех диалогах, которые она ведет с другими культурами, и в вопросах, которые адресует им (*Библер*, 1997). Итак, сквозь призму каких вопросов смотрим мы на категорию психической травмы? Что определяет наше понимание травмы сегодня? Почему именно в наше время понятие ПТСР переживает пик «моды», когда «все или почти все психологические страдания, коллизии уцелевшего стали объяснять, приписывая ему диагноз ПТСР» (*Магомед-Эминов*, 2001, с.48)?

Научное исследование проблематики травмы началось со второй половины XIX века и совпало с формированием научной психологии, а также рождением психотерапии. В это время формулировались научные теории эмоций, ощущений, памяти; складывалось новое понимание невроза, его основных форм и причин, изменялось отношение к психическим

расстройствам и методам их лечения. К этому времени П.Кабанис уже высказал идею о месте медицины среди наук о человеке (*Nicolas et al.*, 2000); в Англии и во Франции уже существовало особое направление терапии – моральное лечение, делавшее акцент на психологических средствах воздействия. И именно в это время А. Бергсон поставил задачу «проникнуть не просто внутрь нашей духовной жизни, но в точку соприкосновения духа и материи» (*Бергсон*, 1992, с.160). Проблеме *психической травмы* суждено было стать одной из таких «точек».

Появиться на свет этой категории в определенном смысле помог триумфально шествовавший по Европе технический и научный прогресс. Промышленные новшества поражали воображение, но возникал вопрос, столь остро выраженный в словах А.Франса: «В какой мере все эти удивительные открытия затронули наш внутренний мир? ... Неизбежен такой момент, когда любопытство становится грехом; дьявол всегда на стороне ученых» (цит.: *Ахмерова*, 1998, с.128). Технический прогресс, новое оборудование на фабриках, железные дороги несли с собой не только облегчение труда, экономию времени, комфорт, но и... несчастные случаи, катастрофы, аварии. Масштаб и трагичность железнодорожных катастроф, сенсационность газетных сообщений с места событий, большие суммы компенсаций, определявшиеся через суд, – все это создало новый социальный контекст, в котором формировалось представление о травме.

Несчастные случаи на железной дороге поставили врачей перед необходимостью объяснения довольно странной симптоматической картины, которая впервые была описана уже в 1866г. в книге Джона Эриксена (*J.Erichsen*) (*Weisaeth*, 2002; *Weisaeh et al.*, 1991), а также в статьях многих других врачей того времени. Рассматривался целый ряд «нервных симптомов», включая изменение тепловой чувствительности, рефлексов, дыхания, пищеварения, ритмики сна, сексуальной потенции, памяти, почерка, походки и пр. Одни из этих симптомов появлялись сразу же после несчастного случая, другие же – дни, недели, даже месяцы спустя. Многие авторы отмечали сходство этих нарушений с истерической симптоматикой. Ставились вопросы о причинах расстройства и методах лечения. Почему эти симптомы наблюдались не у всех? Являются ли они следствием физиологической травмы или, скорее, связаны с дегенеративными процессами в обществе, с моральным обнищанием населения? Как выявить симулянтов (помимо медицинской помощи, перед врачом стояла задача экспертизы в ходе судебных процессов по вопросам компенсации

пострадавшим)?¹ Врачи, сочувствующие своим пациентам, склонялись к гипотезе об органических нарушениях нервной системы, возникших в результате травмы, что уже не давало объявить болезнь истерической, «воображаемой» (Odden, 2003).

Понятие *психической травмы* было введено немецким неврологом Альбертом Ойленбургом (A. Eulenburg) в 1878г. (van der Hart, Brown, 1990), а одна из первых теорий *травматического невроза*, как и этот термин, принадлежат Герману Оппенгейму (H. Oppenheim). Основываясь на наблюдениях 1883-1888гг., молодой невролог заметил, что его пациенты страдали от нервной и психической симптоматики, возникшей в результате пережитых несчастных случаев. В 1889г. Оппенгейм опубликовал монографию по травматическому неврозу. По его мнению, травма могла приводить к небольшим, практически не заметным повреждениям головного мозга и нервной системы, что и вызывает временные параличи, потерю чувствительности и другие нарушения. Он также не мог не отметить и роль психических следствий травмы: «Важную, а во многих случаях основную роль играет психика – ужас, эмоциональный шок» (цит. по: Lerner, 2001).

Если Оппенгейм основной акцент делал на травматичности самой ситуации, то по мысли французского невролога Ж.-М. Шарко травматическое событие – лишь катализатор для проявления некоторой *конституциональной предрасположенности*. Шарко полагал, что многие случаи, известные в Англии под названием *railway spine*, а в Америке – *railway brain*², были случаями *травматической истерии*, а точнее *травматическим шоком* (Libbrecht, Quackelbeen, 1995). По его мнению, «нервный шок» вводит пациента в состояние, подобное гипнотическому, что становится предпосылкой травматического самовнушения, которое приводит к истерическому симптому (например, когда мысль о параличе впоследствии вызывает самый паралич). Оппенгейм был против такого смешения истерии и травматического невроза и считал, что Шарко в диагнозе травматической истерии делает слишком большой акцент на мыслях и идеях больного, размывая тем самым границу между болезнью и симуляцией.

¹ История дискурса травмы – это, во многом, история сомнений и подозрений, затрагивающих различные социальные группы, которых коснулась травма (Brunner, 2002); одной из основных задач психиатров было выявление случаев симуляции, разоблачение.

² Эти понятия иногда неточно переводят как «повреждение позвоночника и мозга» (Элленбергер, 2004), что искажает саму сущность расстройства.

В 1884г. в Германии было принято постановление о страховании от несчастных случаев, а с ним пришла и целая эпидемия так называемых «пенсионных неврозов». Среди психиатров одним из наиболее резких критиков доктрины травматического невроза стал Альфред Хохе (А.Noche). Он утверждал, что именно признание травматического невроза и вызвало «нервную эпидемию», «патологическое» стремление к получению пенсии. По словам Хохе, травматические события сами по себе не несут патогенной нагрузки, несравненно больший вред наносит диагноз, навязывающий здоровым людям идею болезни. Подобную позицию в Германии разделяли очень многие. Между 1890г. и началом Первой мировой войны немецкое медицинское сообщество последовательно отвергало понятие травматического невроза, а в качестве альтернативного диагноза все большее распространение получала истерия.

В конце XIX века складывались две модели, которым суждено было сыграть особую роль в теоретическом оформлении представлений о травме и практической работе с травмой уже в Первую мировую войну: диссоциативная, восходящая к французской психиатрической традиции (особенно к Жане), и отреагирования – связанная с именами Брейера и Фрейда. У каждой из этих позиций были свои сторонники и противники (*van der Hart*, 1992), но обе теории подчеркивали психологическую природу травмы.

Ученик Ж.-М.Шарко, Пьер Жане, показал, что случаи истерического расстройства часто берут начало в травматических событиях, не связанных непременно с физической травмой, но сопровождающихся сильными эмоциональными переживаниями. По его мнению, травматические расстройства вызываются событиями, к которым человек плохо подготовлен и ввиду этого не может к ним адаптироваться. Не само событие, но именно снижение способности к действию, психологическая несостоятельность (*psychological insufficiency*) были в фокусе внимания Жане при описании травматических расстройств.

Как и Шарко, Жане подчеркивал патогенную роль эмоции («шоковой эмоции», как он ее обозначал), приводящей к отказу от поиска новых форм поведения. Под влиянием шоковой эмоции активность организма становится диффузной, происходит возвращение к примитивным формам поведения, более грубым, но обеспечивающим немедленную защиту, мобилизующим энергетические резервы организма. В простейших случаях острые реакции довольно быстро прекращаются – достаточно простого устранения их источника. Но, если проблема остается неразрешенной и ситуация настойчиво требует новых адаптивных действий, дело значительно осложняется. Будучи не способным к такой адаптивной активно-

сти, человек начинает снова и снова повторять одни и те же действия, воспроизводя волнующее событие. Это действие теряет рефлексивную компоненту, остается вне координации с другими действиями и вне связи с вербальной памятью. Постепенно оно становится все более отчужденным, автоматическим, подсознательным, что обрекает его на вневременность, невозможность изменения и истощение. Памяти как социальной функции, как знания прошлого – в настоящем, здесь нет (*Janet*, 1928b, 1936). Жане видел свою задачу в том, чтобы помочь человеку ассимилировать волнующее переживание, сделать его доступным рефлексии и памяти, одновременно заботясь о восстановлении психического равновесия и стабилизации общей динамической картины организма (*Janet*, 1924). Он разработал фазово-ориентированную терапию, включающую три стадии: стабилизация, или снятие острой симптоматики; работа с травматическими воспоминаниями; реинтеграция и реабилитация личности (*Van der Hart et al.*, 1989; *van der Hart, Dorahy* /в печати/).

Во взглядах Зигмунда Фрейда на проблематику травмы особое место занимал феномен фиксации на травме – «заблокированная связка аффект-воспоминание» (*Калшед*, 2001). Корни болезненного аффекта Фрейд видел в сексуальной сфере. Фиксация на переживаниях, вызвавших болезнь, описывалась Брейером и Фрейдом еще в 1893г. на материале истерии. Впоследствии Фрейд замечал, что «картина состояния при травматическом неврозе приближается к истерии по богатству сходных моторных симптомов, но, как правило, превосходит ее сильно выраженными признаками субъективных страданий, близких к ипохондрии или меланхолии, и симптомами широко разлитой общей слабости и нарушения психических функций» (*Фрейд*, 2004, с.12). Фрейд, как и Жане, подчеркивал экономический аспект травматического опыта: «выражение “травматический” имеет... экономический смысл. Так мы называем переживание, которое в течение короткого времени приводит в душевной жизни к такому сильному увеличению раздражения, что освобождение от него или его нормальная переработка не удается» (*Фрейд*, 2001, с.315). Превращение патогенного бессознательного – в сознательное требует устранения амнезии, чего, по Фрейду, можно достичь, дав больному пережить заново часть забытой жизни, сохранить этот опыт, осознать его как отражение забытого прошлого (*Фрейд*, 2004, с.22).

Г.Кристал выделяет две парадигмы психической травмы в работах Фрейда: 1) модель непереносимой ситуации с акцентом на аффективных состояниях (аффективные отклики вызывают в индивиде непереносимое психическое страдание, которое угрожает дезорганизовать, возможно, даже разрушить все психические функции); 2) модель динамики непри-

емлемых импульсов (подлинно травматический момент – тот, где несоместимость бессознательных импульсов и установок Эго поражает последнее, и оно принимает решение об отвержении неприемлемой мысли) (Кристал, 2002).

Чрезвычайно интересны обе эти системы и их судьбы. Например, любопытно, что если в ранних трудах Жане объяснял феномены диссоциации недостатком психического синтеза, то для Фрейда вытеснение выступало как активный процесс, результат внутреннего конфликта³ (Аса-тиани, 1915, с.3). Как бы то ни было, ни Жане, ни Фрейд почти не работали с военным неврозом – ни во время, ни после Первой мировой войны, хотя их теории широко использовались военными психиатрами, более того – во многом определили понимание и подход к терапии травмы.

Война сильнее всего проявляла уязвимость человека. Страх, ужас, лишения, физическая и душевная боль не проходили бесследно. Проблематика психической травмы в этих условиях вставала с особой остротой.

Русско-японская война

Совершенствование боевого оснащения отразилось как на ведении боя, так и на состоянии армии. В русско-японскую войну впервые широко применялась артиллерия, отвечавшая последнему слову техники. Результаты не заставили себя ждать. О неврастеническом психозе, или «нервном истощении», которым страдали солдаты на русско-японской войне, писали психиатр А.И.Озерецкий и уполномоченный Красного Креста на Дальнем Востоке П.М.Автократов. Статья Автократава вышла в 1906г. на русском и немецком языках, став первым в истории психиатрии сообщением о явлении, которое впоследствии получило известность как «*shell shock*» (снарядный шок), или «*травматический невроз*» на войне (Суроткина /в печати/). По-прежнему причины контузионного психоневроза искали большей частью в органических нарушениях. Но очень скоро обнаружилось, что психические заболевания нередко возникали и без видимых повреждений нервной системы, причем даже у солдат, которые не находились под артиллерийским обстрелом.

³ До сего дня избегание стимулов, связанных с травмой, и общее оцепенение входят в одну группу диагностических критериев ПТСР. Горовиц и некоторые другие исследователи описывают переработку травматических событий как чередование интрузивных симптомов навязчивого проживания и симптомов избегания и оцепенения, онемения эмоциональной откликаемости (van der Kolk, 1987; Feeny, 2000; Taylor, 1998; Brewin et al., 1996). Современные исследователи (Фоа и др.) отмечают, что избегание и оцепенение предполагают разные механизмы: стратегический – вовлекающий усилие и – автоматические процессы, соответственно) (Feeny et al, 2000).

В русско-японскую войну отечественная психиатрия впервые была привлечена к организации помощи на театре боевых действий. Впервые были описаны психогенные реакции на войне, изменившие представления о психических заболеваниях в воюющей армии (Иванов, 1964). «Общество узнало, что на войне появились душевные заболевания, и мнение его о том, что их, может быть, не будет, было поколеблено» (Шумков, 1907, с.25).

Роль утешителя, духовного наставника в русской армии играли полковые священники. Своими сомнениями, страхами, отчаянием, болью «солдат более был склонен поделиться не с товарищами по оружию и не с офицером, а именно со священником, связанным тайной исповеди» (Жукова, 2002, с.161). Вопросы о смерти, о необходимости убивать, о преодолении страха неоднократно становились темами внебогослужебных бесед, инициаторами которых часто становились сами солдаты. «“Почем я знаю, может сотню, али больше душ загубил... А грех? На том свете начальство вперед не пустишь”, – сокрушался солдат» (Поршнева, 2002, с.259). Не меньшее значение имели и коллективные формы работы – богослужение, проповеди, полковые праздники и т.д. «“Придет человек на молитву с холодным сердцем, вдруг запели все, он невольно начинает подтягиваться и увлекаться общей молитвой”, – вспоминал М.Сребрянский. Такое коллективное действие способно не только одушевить и сплотить войска перед атакой, но и удержать от пессимизма во время продолжительных отступлений, которыми так богата была русско-японская война» (Жукова, 2002, с.156-157).

Первая мировая война

«Сражаться в современной войне значит окопаться в яме, наполненной водой, и сидеть там десять дней без движения; это значит всматриваться и вслушиваться и сжимать гранату в руке; это значит есть холодную еду, утопать в грязи, ... бродить часами вокруг какого-то пункта, не находя его, – короче говоря, это означает лишения».

1918, *Le Filon* (Цит.: van der Hart et al., 2000)

В начале Первой мировой войны ни врачи, ни представители командования не были готовы к психологическим последствиям военных действий. Довоенная английская армия, например, основывалась на ряде традиционных ценностей, таких как офицерский кодекс. Вот как вспоминает об этом один из командиров шотландского полка: «Психологов и

социологов с их пагубным жаргоном, касающимся туманных явлений, тогда еще не придумали. Правое дело было правым, а преступление преступлением. ... И труса называли не человеком с комплексом (да мы и не знали, что это такое), а ничтожеством. Мы верили в честь, патриотизм, самопожертвование и долг, и прекрасно понимали, что значит “джентльмен”» (*Shephard*, 2000, p.25). В отказе признать психологическую уязвимость человека на войне не последнюю роль играл моральный фактор: образ солдата-героя в принципе не предполагал возможности «психических» симптомов, которые считались проявлением слабости (*Weisaeth et al.*, 1991). Однако в какой-то момент стало трудно игнорировать масштабы психических срывов. Во время Первой мировой войны было зарегистрировано 80 тыс. случаев военного невроза, а после войны около 200 тыс. человек получили пенсионное пособие (*Young*, 1999).

Зимой 1914/15гг. в госпиталях английской армии во Франции стали поступать пациенты со странной симптоматикой. Эти военные не были ранены, однако потеряли зрение, обоняние, вкус. Некоторые не могли даже просто встать, ходить; многие страдали потерей памяти.

Обычно описание подобных состояний заключалось в констатации «потери рассудка» и «потери чувств» (*Smith*, 1917). Основной психиатрической категорией Первой мировой стал «снарядный шок» («*shell shock*»). Термин был введен в 1915г. Ч.Майерсом (*Myers*, 1915). К середине 1916г. Майерс обследовал уже более двух тысяч случаев данного расстройства. Он понимал, что, относясь к этим солдатам как к умалишенным, армия толкает их в состояние подлинного безумия. В отличие от русских психиатров времен русско-японской войны, считавших необходимым выявление и эвакуацию таких больных с театра военных действий (*Шумков*, 1907), Майерс держался иной точки зрения. Он был убежден, что при условии своевременной и квалифицированной помощи, оказанной в госпиталях вблизи линии фронта, солдат способен преодолеть временный шок, который не является ни неизлечимой нервной болезнью, ни глубинным психическим расстройством. Майерсу удалось убедить командование создать лечебные центры рядом с фронтом в целях реабилитации солдат, претерпевших снарядный шок. В ноябре 1916г. был создан первый центр такого рода, его главой назначен бывший ученик Майерса, Д-р Уильям Браун (*W.Brown*), академический психолог, врач и эксперт в области гипноза (*Shephard*, 2000). Он свидетельствовал о лечении нескольких тысяч случаев военных неврозов за период с ноября 1916г. по февраль 1918г. (*van der Hart*, 2000). Принцип неотложного вмешательства был затем перенесен в американскую армию Т.Салмоном (*T. Salmon*).

Военные психиатры выделяли несколько вариантов снарядного шока: истощение, «истерию», «неврастению», или нервный срыв, и «контузию». «Неврастеник» долгое время пытается контролировать свой страх, но, в конце концов, «срывается», что выражается в целом ряде симптомов (среди них – раздражительность, депрессия, потеря уверенности и концентрации, а также головная боль, общая усталость, нарушения сна и ночные кошмары). «Истериком», как правило, оказывался молодой солдат, страдающий от тремора, судорог, глухоты, частичной потери зрения, паралича конечностей.

Я точно так же не меньше других боюсь смерти. Но есть люди, кои имеют достаточно силы воли этого не показывать, тогда как другие не могут удержаться и бегут пред страхом смерти. Я имею силу воли не показывать, что боюсь; но зато внутренняя борьба страшная, и она ежеминутно отражается на сердце.

М.Д. Скобелев

(Цит. по: *Сенявский*, 2002, с.53)

Да, и сердце... Первая мировая – не первая война, которая обнажила уязвимость человеческого сердца. О проблемах с сердцем говорили, по крайней мере, со времен гражданской войны в Северной Америке («солдатское сердце», или «взволнованное сердце») в связи с основным сопутствующим им симптомом – «предсердечной тоской» (*Астаишов*, 2002). В 1871г. Да Коста (J.Da Costa) написал статью, в которой ввел понятие «взволнованное сердце» (*irritable heart*). Он полагал, что причиной расстройства было перевозбуждение особых нервных центров в основании сердца, поэтому меры воздействия предлагались, в основном, фармакологические наряду с простым отдыхом. Да Коста писал, что вряд ли когда-либо еще повторится подобный размах этого расстройства. Он ошибался. В 1915-1916гг. проблемы с сердцем стали столь многочисленны, что появлялись новые, описывающие их категории, – *Disordered Action of the Heart*, *Effort Syndrome* (синдром усилия).

Как нельзя более остро стоял вопрос о новых методах лечения. В этой связи любопытен пример госпиталя в Магхалле (Maghull), небольшой деревушке к северу от Ливерпуля, куда в начале войны была направлена команда академических психологов и врачей, стремившихся опробовать на практике идеи З.Фрейда, Ж.Дежерина и П.Жане. Там исследовалось влияние войны на психическое состояние пациентов, изучались расстройства памяти, влияние страха, чувства вины, а среди методов терапии практиковалось, в числе прочего, толкование сновидений. Проработавший некоторое время в Магхалле Уильям Риверс разделял пациентов на две основные диагностические группы: *травматическая истерия*

(*замещающий невроз*) и *тревожный невроз* (Young, 1999). Замещающий невроз предлагалось лечить внушением, убеждением, переобучением, гипнозом, физическими средствами, включая электричество. Тревожные неврозы требовали другого подхода: считалось, что пациенту следует помочь ассимилировать воспоминания, которые были «выброшены» из сознания. Применялся метод, предложенный У.Брауном и разработанный У.Риверсом – *аутогнозис*. Он принимал форму «долгих разговоров между врачом и пациентом, в которых последний подробно описывал чувства и мысли во время появления симптомов и непосредственно до этого момента, а также свое теперешнее психическое состояние, надежды, страхи перед будущим, сожаления о прошлом» (Young, 1999). Многие врачи советовали больным выбросить из головы мысли о войне, и часто даже запрещали разговоры о войне среди пациентов. Риверс считал, что, с одной стороны, в этом есть своя правда: ничто так не нервирует, как расспросы о событиях, имевших место на фронте. Но, с другой стороны, отрицание пережитого опыта не способствует выздоровлению. Более продуктивной стратегией Риверсу представлялся поиск позитивных форм видения и осмысления травматического опыта.

По-прежнему важным методом оставался *гипноз*. Один из ведущих психиатров Первой мировой войны У.Браун полагал, что для исцеления травматическое событие должно быть пережито во всей своей изначальной аффективной силе в гипнотическом состоянии (Leys, 1994). Он старался избегать прямого внушения, в котором нет субъекта, нет «автора», способного дистанцировать себя от травматических переживаний и переосмыслить их (*там же*). Браун использовал гипноз, главным образом, в случаях истерической симптоматики и – долгие беседы, связанные с переобучением и психическим анализом, с «неврастениками». Он стремился дойти до самых глубин страха и ужаса, сковавших больного, освобождение от которых должно было принести, по его мнению, и снятие функциональной симптоматики.

Ч.Майерс и У.Макдугалл предпочитали работу, направленную на реинтеграцию травматических воспоминаний. И если Браун в большей степени находился под влиянием Фрейда, чья популярность в годы войны существенно выросла, то модель работы Майерса была во многом схожа с позициями Жане.

Во Франции основное разделение сфер влияния шло между Жюлем Дежеринем в Сальпетриере и Жозефом Бабински в Ла Питье. Бабински, следуя ведущим тенденциям времени, был убежден, что истерия неотличима от симуляции, а в симптомах повинны не травмы войны, но неумышленное внушение врача, самовнушение и имитация. Дежерин же

настаивал на том, что истерические симптомы имеют эмоциональную природу, но в 1914 -1915гг. его голос был практически не слышен.

В России также не утихали споры о природе травматического невроза. Московский психиатр В.К.Хорошко, признавая значение органических изменений, полагал, что сами эти нарушения могут вызываться психикой. Он описывал случай больного К., пострадавшего во время штурма Брест-Литовской крепости. Больной все время галлюцинировал: «Горит, горит... Господи, сколько народу погибло... И Тимоха погиб...» В течение шести месяцев ни лекарства, ни физиотерапия не помогали больному. И только когда жена с братом приехали его навестить, и брат стал рассказывать о жизни в родной деревне, сознание К. просветлело. Вскоре его выписали из больницы (цит.по: *Сироткина /в печати/*). Многие больные быстро выздоравливали при минимальном лечении, в особенности, если им обещали отпуск домой. Между тем, попадание в психиатрические заведения, напротив, часто совсем не способствовало выздоровлению, возможно, по причине неадекватности методов лечения, а может быть, уже и потому, что сам «диагноз “душевная болезнь”» влек за собой последствия едва ли не худшие, чем сама травма (*там же*). Как бы то ни было, на совещании в июне 1915 года невропатологи и психиатры требовали создания специальных учреждений для невротиков в непосредственной близости от фронта.

По другую сторону фронта вопрос о позиции психиатров стоял не менее остро. Австро-венгерское и немецкое правительства спешили подготавливать граждан стать солдатами Великой войны. Жесткая военная дисциплина на фоне реальных фронтовых переживаний вызывали травматические расстройства, принимавшие масштабы эпидемии и существенно сокращавшие число тех, кто был способен принимать участие в военных действиях. Соматическая модель нервных расстройств сменилась их объяснением «болезнью воли», слабостью, неосознанной попыткой избежать исполнения долга, «неврозом защиты», непатриотичными намерениями. Предполагалось, что обладающий сильной волей солдат может справиться с тяготами битвы и стать безразличным к смерти (*Mosse, 2000*). Снова травматический невроз был признан артефактом системы страхования, вызванным вторичной выгодой (*van der Kolk et al., 1996*). Такая трактовка позволила армии не освобождать «истериков» от несения службы и не выплачивать компенсацию (*Lerner, 2000*). Солдат должен был понять, что сражаться и, если нужно, погибнуть за Родину обойдется ему и дешевле и менее болезненно. Яркой иллюстрацией такого подхода можно считать метод Фрица Кауфмана (F.Kaufmann), основан-

ный на использовании процедуры электрошока. Многие психиатры ставили перед собой моральную задачу: донести до солдат, что их эгоистические интересы противоречат этическим стандартам великой нации (Brunner, 1991).

Вопреки этой антигуманной тенденции, берлинский врач Эрнст Зиммель (E.Simmel), как и его английские коллеги в Магхалле, в поиске психологических причин симптомов обратился к психотерапии и разработал метод, сочетавший фрейдовский анализ сновидений с гипнотическим отреагированием в условиях безопасных терапевтических отношений. Зиммель помогал пациенту с помощью гипноза вернуться в травматическую ситуацию и пережить ее снова, восстановив потерянные для сознания детали. Он сочетал гипноз, аналитическую беседу и толкование сновидений в катартической терапии (Van der Hart, 2000).

Полагали, что с окончанием войны сопровождавшие ее невротические расстройства исчезнут. Однако для тысяч солдат, для «потерянного поколения», возвратившегося с войны, но еще долго не способного вернуться к нормальной жизни, эти ожидания оказались иллюзией. «Память человеческая коротка, человеческая признательность еще менее долговечна», – с горечью говорил знаменитый писатель Джон Голсуорси, редактор небольшого журнала *Reveille*, о солдатах и для солдат, вернувшихся с войны. – «На каждой улице, каждой дороге мы встречаем их, калек, полукалек, потерявших надежду, озлобленных, часто безработных, бельмо на глазу нации, которая хотела бы побыстрее забыть о войне, о том, что эта война вообще была» (цит по: Koven, 1994, p.1169). Для Голсуорси судьба британских ветеранов была связана с темой сохранения памяти о самой войне вопреки ее забвению. Память и почтение воплощаются не только в мемориалах. Ведущий британский ортопед времен Первой мировой Роберт Джонс подчеркивал, что единственный путь увековечить память погибших – это гарантировать здоровье и благополучие выживших (Koven, 1994, p.1185).

Итак, во время Первой мировой войны психиатры как никогда прежде оказались востребованы в связи с обилием расстройств, которые нельзя было объяснить только лишь органическими нарушениями. Первоначальная растерянность, хаос, смятение врачей постепенно сменялись активными попытками осмыслить природу наблюдавшихся расстройств и разработать средства их лечения. Специалисты с двумя образованиями, медицинским и психологическим (излюбленным и особенно успешным сочетанием в эпоху формирования психологической науки), часто оказывались в самом центре событий. У них хватало смелости шагнуть туда,

где наука и практика казались бессильными. Ч.Майерс, У.Браун, У.Риверс способствовали признанию *психологической природы* наблюдавшихся расстройств, все большему признанию *психогенного фактора* в медицине. Одним из основных стало признание необходимости как можно более раннего терапевтического вмешательства. Травма войны не была чем-то новым, но необходимо были ее *признание, определение*, выработка подходов к *диагностике и терапии* (Talbot, 1997).

Основной диагностической категорией, просуществовавшей с 1915 по 1918гг., стал *снарядный шок*, который, в определенном смысле, был не только диагнозом, но и своего рода метафорой самой войны (Winter, 2000). Начиная с 1917г., вместо этой категории все чаще стала употребляться другая – *военный невроз* (термин введен С.Varrois, D.Honingmann еще в 1907г. /Юрьева, 2002/). Со временем на первый план вышла работа со случаями *хронического военного невроза* (этим, в частности, занимался с 1922г. Абрахам Кардинер⁴, чья книга о травматических неврозах войны стала классической).

Вторая мировая война

Никогда доселе сердца не знали такого напряжения.

И.Эренбург

Одним из уроков Первой мировой была необходимость отбора рекрутов, чтобы слабые, больные, уязвимые не попали на поле боя. Однако во многом опыт этой войны оказался прочно забыт.

В годы Второй мировой войны отреагирование стало основным методом терапевтической работы (van der Hart, Brown, 1992). Вместе с тем активно применялись барбитураты, с помощью которых пациенты могли

⁴ Кардинер замечал, что у больных, страдающих от «травматического невроза», развивается состояние бдительности и повышенной чувствительности к возможной угрозе, исходящей от внешнего мира, и утверждал, что ядром расстройства является физионевроз. Он описал повышенное физиологическое возбуждение у своих пациентов, с трудом способных переносить «земную качку» (Р.М.Рильке), повышение чувствительности к температуре, боли, неожиданным тактильным стимулам. Кроме того, по наблюдениям Кардинера, «патологический травматический синдром» заключал в себе изменение представления о себе в мире, связанное с фиксацией на травме, раздражительностью, агрессивными реакциями и реакциями оцепенения, когда эго посвящает себя особой работе обеспечения безопасности организма, стараясь защититься от памяти о травме. Описывая многих пациентов с необычными физическими симптомами, он признавал, что это иногда может быть адаптивным способом помнить, поскольку медицинские жалобы принимаются социально и поддерживаются финансово (van der Kolk et al., 1996).

заново пережить те эмоции, которые они испытали во время боевых действий⁵. Г.Шорвон и У.Саргант (G.Shorvon and W.Sargant) специально объясняли пациентам, что лечение направлено на освобождение сдерживаемых эмоциональных напряжений, которые и вызывают симптомы. Однако они замечали, что в случае хронического стресса с симптоматикой навязчивостей и истерического расстройства отреагирование не имело успеха (*van der Hart et al.*, 1992). Р.Гринкер и Дж.Шпигель (R.Grinker, J.Spiegel) в своем подходе, называемом наркосинтезом, подчеркивали необходимость интеграции травматического материала в сознание. Предполагалось также, что пациенту важно сформировать память о травме в бодрствующем состоянии и проработать этот материал на последующих терапевтических сеансах. В отличие от Шорвона и Сарганта, рекомендовавших наибольшее возбуждение во время отреагирования с целью эмоциональной разрядки, Гринкер и Шпигель придерживались точки зрения, что исцеление, напротив, лежит в успокоении. В сочетании с поддержкой терапевта такая тактика, по наблюдению авторов, позволяет Эго интегрировать сильные эмоциональные переживания.

Одной из значительных фигур в лечении военного невроза был Зигфрид Генрих Фукс (S.H.Fuchs), известный как Майкл Фаулкс (M.Foulkes). Он придерживался группового метода работы, собирая в группу около восьми человек. По ходу групповой динамики происходил переход от более поверхностных тем к обсуждению глубоких личных проблем. Естественным продолжением групповых сессий Фаулкс считал драму, так что пациенты госпиталя в Нортфилде (Northfield), где работал Фаулкс, построили специальную «сцену Морено». С этих пор именно группа, а не отдельный человек все чаще становилась объектом исследовательского интереса и терапии (*van der Kolk et al.*, 1996).

Как ни парадоксально, одна из наиболее влиятельных работ военного времени о травме была выполнена на материале, далеком от войны, – пожар в *Cocanut Grove nightclub* в ноябре 1942г. (г. Бостон). Погиб 491 человек, сотни получили ранения, все пострадавшие были доставлены в две бостонские больницы. Ряд психиатров (в их числе – доктор Эрих Линдемманн /E.Lindemann/ из Массачусетской больницы), которые уже интересовались ранее физиологическими и психологическими аспекта-

⁵ Отмечали, однако, что при использовании барбитуратов получаемая информация часто оказывается сплетением правды и фантазии (что согласуется с современными данными об увеличении числа ложных воспоминаний и фактических искажений) (*Lilienfeld et al.*, 1998).

ми острого горя, были подключены к работе с пострадавшими. Впоследствии на основе этой работы были выявлены и подробно описаны стадии переживания горя, а также возможные патологические реакции в данном процессе (Линдемани, 1984).

Все острее стоял вопрос категоризации и систематического описания наблюдавшихся расстройств. В октябре 1943г. под руководством Уильяма Меннингера была разработана первая версия *Medical 203* (*Medical 203*, 1946), явившаяся своего рода предшественником *классификационного диагностического стандарта – DSM* (Houts, 2000). Основу *Medical 203* составило описание нарушений у ветеранов войны, многие из которых не имели никаких психических расстройств во время службы в армии, однако столкнулись с серьезными проблемами адаптации по возвращении к мирной жизни. Подчеркивался временный, преходящий характер этих реакций.

В Советском Союзе о Великой Отечественной войне говорили с акцентом на понятиях мужества, выдержки, героизма (Merridale, 2000), любви к родине, веры в мощь страны, конечную ее победу и сознания, что ведется справедливая война (Краснушкин, 1945). Тем не менее, некоторые психиатры указывали на рост психического травматизма. Трудно переоценить роль психологов (А.Р.Лурия, А.Н.Леонтьева, Б.Г.Ананьева, Б.В.Зейгарник и др.), которую они выполняли в области реабилитации, возвращая раненым возможность активной жизни. Много психологических исследований было посвящено анализу социально-психологических и личностных характеристик солдат и офицеров (Gilgen et al., 1997). Но похоже, что изучение проблемы психической травмы велось, в основном, в рамках психиатрии. Большое значение придавалось профилактике и психогигиене, включавшей доступное больному объяснение природы болезненных психических реакций, механизмов страха и слабости, а также роли психики в преодолении неблагоприятных условий; подчеркивалось значение отвлечения, переключения деятельности, организованности и дисциплины для победы над трудностями (Мясищев и др., 1945). В лечении использовались, в основном, фармакотерапия, трудотерапия и наряду с ними – «терпеливая и систематическая» психотерапия, включавшая «сердечный контакт с больным, возможность для него “от души высказаться”, мягкое сочувствие врача» (Толстоухова, 1946). Отмечалось, что в большинстве случаев (66%) реактивные психозы возникали на фронте в период боевых действий (Иванов, 1964, с.407).

После Второй мировой войны появился ряд исследований, где описывалось эмоциональное и психофизиологическое состояние бывших во-

еннопленных и узников концлагерей, главным образом, нацистских (Yehuda et al., 1997). «Смерть в нацистском концлагере не требует объяснения», – писала в 1948г. в своей статье Х.Блум. – Вопрос, скорее, в том, как людям удавалось выжить (Bluhm, 1948/1999). «В конечном счете, получалось, что телесно-душевный упадок зависел от духовной установки, но в этой установке человек был свободен!» – подчеркивал В.Франкл (Франкл, 1990, с.143). Интереснейшие наблюдения связаны именно с тем, как и за счет чего люди находили в себе силы жить. Фридман (Friedman, 1948) использовал термин «бухенвальдский синдром» в описании симптоматической картины, наблюдавшейся у молодых людей, выживших в нацистских лагерях. Почти через 20 лет после войны, в 1962г., Эйтингер (Eitinger) выявил психические отклонения у 99% бывших узников (Concentration-camp studies..., 1991). Эти исследования, раскрывшие отсроченные результаты травмы, оказали значительное влияние на психиатров, работающих с ветеранами Вьетнама. Практически, была сформирована новая профессиональная позиция психиатра как защитника пациента, помогающего пострадавшему добиться компенсации.

Итак, Вторая мировая война в корне изменила отношения к социальной роли психиатра. Психиатрические проблемы оказались гораздо более распространенными, чем полагали ранее. Было также установлено, что раннее и квалифицированное вмешательство приводит к благоприятным результатам, на основе чего возникли предположения о необходимости системы раннего выявления и лечения аналогичных расстройств и в мирное время. Война также способствовала развитию психиатрии и психологии, содействовала социальной экспансии профессии психолога и психиатра, дальнейшему распространению психоанализа. Было показано, что экстремальные обстоятельства могут приводить к экстремальным реакциям. В *Medical 203* был введен диагноз «*combat exhaustion*» для военных, переживших экстремальные условия войны и страдавших годы спустя от целого ряда симптомов.

Актуальность связанной с войной психиатрической симптоматики вынудила Американскую Психиатрическую Ассоциацию включить в *DSM-I* (1952г.) категорию *сильной стрессовой реакции* (*gross stress reaction*), которая может наблюдаться у нормальных людей, переживающих невыносимый стресс. Однако не были еще представлены операциональные критерии для формулировки диагноза. Дальнейшие разработки проблематики травмы связаны с исследованием американских ветеранов корейского конфликта, а также растущим массивом исследований психологического состояния гражданского населения при стихийных бедст-

виях⁶ и техногенных катастрофах. Во время Корейской войны продолжало применяться понятие сильной стрессовой реакции. Однако в *DSM-II* (1968) данная категория не вошла. Тем временем А.Кардинер (1969) сокрушался, что в психиатрии трудно найти более разобщенную область, чем травматический стресс, а в литературе по этой проблематике царит анархия (цит. по: *Shephard*, 2000). В тон ему Р.Лазарус замечал, что лавина экспериментальных исследований мало что добавляет к пониманию психологических механизмов стресса (*Lazarus*, 1963).

Вьетнамская война

«Мое сердце онемело, голова идет кругом, но слез нет. Еще один друг не проснется завтра. Прими, Господи, душу этого смелого человека, сохрани ее, потому что нам суждено встретиться снова – в другое время, в другом месте. ... Жуткий грохот, оранжевые вспышки, располосовавшие черное небо, – ощущение рваной стали, сливающегося с горячей плотью и кровью рядом со мной. Пожалуйста, не плачьте обо мне. Меня теперь уже нисколько не заботит, что принесет день грядущий – мне он принесет долгожданный покой, покой навсегда». (цит. по: *Goodwin*, 1987).

Если первоначальные отчеты об адаптации американских войск во Вьетнаме были весьма благоприятны, то более поздние исследования, оценивающие психическое состояние вьетнамских ветеранов, оказались гораздо менее оптимистичны. Почти через двадцать лет после завершения войны около 15% ее ветеранов все еще страдали от психических расстройств (*van der Kolk, McFarlane*, 1996).

⁶ Начало исследований на эту тему относится к 1910-х гг. и связано с именем швейцарского психиатра Edouard Stierlin (*van der Kolk et al.*, 1996). Исследования природных и промышленных катастроф были достаточно редкими в сравнении с изучением военной травмы, тем не менее они были. Н.И.Баженов (1914) описал случаи психозов среди жертв мессинского землетрясения в 1908г. и у пострадавших во время циклона на Азовском море в 1914г. Им были выявлены состояния «оглушения и отупения, а также “индифферентное и благодушное” отношение к факту гибели собственной семьи у некоторых лиц; полная амнезия на период катастрофы и последующий период у лиц, найденных под обломками, но не получивших повреждений» (*Иванов*, 1964, с.42). Т.Симсон (1929) подчеркивал значение ощущения беспомощности перед стихией. Так, участник войны 1914-1918гг. и гражданской войны, говоря о своих переживаниях во время землетрясения в Крыму в 1927г., утверждал, что все пережитое им раньше бледнеет: «Там, в самом аду, думаешь, – авось попадет снаряд не в тебя, а здесь не скажешь “авось”» (цит. по: *Иванов*, с.10).

Ко времени Вьетнамской войны важным понятием в военной медицине стало понятие *стресса*. Оно было разработано еще в 1936г. немецким физиологом Гансом Селье в отношении неспецифичного, стереотипного паттерна реагирования организма на внешние воздействия (*Selye, 1973*).

Более чем какая-либо другая война двадцатого столетия, Вьетнам переопределил социальную роль психиатрии, повлияв на формирование нового понимания травмы в западном обществе. Группа ветеранов, известная под названием «Ветераны Вьетнама Против Войны», начала политическую кампанию, которая длилась почти 10 лет и в итоге закончилась введением категории *посттравматическое стрессовое расстройство* (ПТСР) в классификационный психиатрический стандарт DSM-III (*Houts, 2000*). Новый диагноз, помимо синдрома ветерана Вьетнама, охватывал также расстройства, наблюдавшиеся у женщин, перенесших изнасилование, у жертв детского абьюза и др. Важную роль в принятии понятия ПТСР в психиатрических кругах сыграл психиатр из Сан-Франциско Марди Горовиц (М.Ж. Horowitz). В ставшей знаменитой книге *Stress Response Syndromes* (1976) он поставил задачу осмысления реакций на травму и создания модели эффективной психотерапии острой травмы.

DSM-III и последующие DSM отграничивают травматические события от других стрессовых переживаний. Симптомы ПТСР определяются в их временной и содержательной связи с определенным травматическим событием (*Breaslau, 2002*). А.Ш.Тхостов и Ю.П.Зинченко справедливо отмечают, что «с самого начала здесь существуют серьезные проблемы, так как ответить на вопрос, почему именно это событие привело к расстройству, достаточно сложно» (*Тхостов, Зинченко, 2001, с. 10*). Осмысление особенностей ситуации, определяемой как травматическая, связано с представлениями о причинности и уязвимости пострадавшего, о социальных и моральных аспектах травмы, возможностях выделения объективных и субъективных факторов, делающих событие травматическим (*Carlson, Dalenberg, 2000*). Этому отвечают изменения, внесенные в DSM-IV, куда включена вторая часть критерия А, которая переопределяет понятие травматического события в субъективных терминах переживания интенсивного страха, беспомощности или ужаса, одновременно с существенным расширением общего круга возможных травматических событий. Впрочем, сразу нашлись противники, ставящие под сомнение правомочность использования одного понятия применительно к описанию столь разных типов реакций человека на столь разные события (*Ehrenreich, 2003; McNally, 2003*), как и адекватность самого понятия ПТСР

и категоризации его в ряду тревожных расстройств (Jung, 2001). В 1995г. данное расстройство было включено в десятую редакцию *Международного классификатора болезней* (МКБ-10). При этом, надо заметить, указывается на несовпадение данного стандарта с американским классификационным стандартом (DSM) в отношении ПТСР (Peters et al., 1999).

Заклучение

Прошли почти полтора века с тех пор, как было введено понятие психической травмы, и тысячелетия опыта человечества в совладании с болью, утратами, душевным страданием. Введенное двадцать пять лет назад понятие *посттравматического стрессового расстройства* представляет собой попытку сформулировать общую модель того, как человек реагирует на травму. Все большая популярность категории ПТСР, растущий массив данных, поступающих из разных наук, разных областей теории и практики, развитие новых направлений (например, нейробиология травмы⁷) требуют осмысления как самой категории, так и теории и практики терапии данного недуга. За более чем сто лет изменилось многое: понимание самой травмы, ее причин и действия на человека, методы терапии, понятие нормы, общественное отношение. С новыми подходами приходят и новые вопросы, вместе с тем, острее встают старые.

История психиатрии более, чем какая-либо другая область медицины, отмечена историями «взлета» и «падения» заболеваний, появившихся в определенное время, в особом культурном контексте (Micale, 1993; Roelcke, 1997). Понятия психической травмы, ПТСР – наши современники; эти категории предполагают особое культурное, социальное и экономическое пространство, особую картину мира, самоощущение человека (наше самоощущение). Понимание психической травмы, отношение к ней и терапия во многом зависят от того, в каком категориальном пространстве оказывается это понятие, какие ценности оно отражает.

Бесспорно, что травматические события влияют и на человека, и на общество в целом. Однако что оказывается в центре нашего внимания,

⁷ Влияние эмоций на витальные телесные функции, такие как дыхание, пищеварение, кровообращение, было описано еще в 1915г. американским физиологом Уолтером Кэнноном (Walter Cannon). Сегодня это одно из наиболее разрабатываемых направлений исследования. Так, при ПТСР выявлена недостаточная активация лобных отделов, а также зоны Брока; относительно повышенный уровень активации правого полушария; уменьшение объема гиппокампа и т.д. (LeDoux, Muller, 1997; Krystal, Duman, 2004; van der Kolk, 2002; Gilbertson et al., 2002).

наших чаяний и опасений в связи с категорией ПТСР? Проблема выживания? Страх потери себя, страх безумия? Видимо, не случайно именно память, обеспечивающая самоидентичность во времени, является одной из основных категорий при рассмотрении ПТСР, и так сильна обеспокоенность проблемой ложных воспоминаний. Современного человека уже не устроит разрушение, замещение воспоминаний, помогающее облегчить боль, снять симптоматику, к чему прибегал один из самых великих и тонких психотерапевтов начала XX века Пьер Жане. Можно предположить, что за категорией психической травмы стоит страх перед разрушением личности, в чем-то подобный страху перед безумием (возможно, эта тема могла бы стать еще одной главой в «Истории безумия...» М.Фуко). Возможно, с этим связан и один из базисных принципов терапии ПТСР – принцип нормализации, при котором данное расстройство рассматривается как нормальная реакция после угрожающего жизни события. И основная задача терапии, которую ставили еще во времена Жане, остается актуальной и сегодня, – задача интеграции. Наконец, одним из основных вопросов был и остается вопрос о том, что помогает человеку сохранить себя.

В определенном смысле задача исторической реконструкции понятия психической травмы, которой была посвящена наша статья, подобна той, что стоит перед человеком, переживающим травму: помнить ее как историю своей жизни. А задача подобного рода особенно болезненна в отношении таких тяжелых исторических событий, как война, террор, насилие, когда так велико искушение забыть (недаром один из симптомов травмы – избегание).

Мы отдаем себе отчет в том, что наша реконструкция – неполна и, возможно, не лишена искажений, но это наша попытка сделать проблему психической травмы доступной памяти научного сообщества. Как писал Ю.М.Лотман, память – «не только след прошлого, но и активный механизм настоящего» (Лотман, 1996, с.384). И удивительно понимать, что этот механизм совершает свою работу прямо сейчас, на наших глазах (более того, нами самими), – в выборе ракурса видения событий прошлого и настоящего, «прогнозов прошлого» (Лотман, 1996, с.385) как и прогнозов будущего.

Мы хотели бы поблагодарить **И.Е.Сироткину** (Институт истории естествознания и техники РАН) за ценные замечания, вопросы и комментарии, а также **Онно ван дер Харта** (университет г. Утрехта) за интересные обсуждения и присланные материалы.

ЛИТЕРАТУРА

- Асатиани М.* Предисловие // Принс М. Бессознательное как основа человеческой личности, нормальной и аномальной / Изложение В.П.Трубецкой. – М., 1915.
- Астахов А.Б.* Война как культурный шок: анализ психопатологического состояния русской армии в Первую мировую войну // Военно-историческая антропология. Ежегодник, 2002. Предмет, задачи, перспективы развития. – М.: «Российская политическая энциклопедия» (РОССПЭН), 2002. С.268-282.
- Ахмерова Р.А.* История культуры Франции второй половине XIX – начале XX вв. (Проблема культурно-исторической трансформации): Дисс. канд. ист. наук. – Казань, 1998. – 250 с.
- Бергсон А.* Материя и память // Бергсон А. Собрание сочинений: в 4-х томах. Т.1. – М.: Московский клуб, 1992. – Т. 1. – С.160-317.
- Библер В.С.* Культура XX века и диалог культур // На гранях логики культуры. – М.: Русское феноменологическое общество, 1997. С.233-244.
- Жукова Л.В.* Проповедническая деятельность военного духовенства в русско-японской войне. // Военно-историческая антропология. Ежегодник, 2002. Предмет, задачи, перспективы развития. – М.: «Российская политическая энциклопедия» (РОССПЭН), 2002. С.148-165.
- Иванов Ф.И.* Реактивные психозы в условиях войны (по материалам войны 1941-1945гг.): Дисс. докт. мед. наук. – Ленинград, 1964.
- Калшед Д.* Внутренний мир травмы: Архетипические защиты личностного духа: Пер. с англ. – М.: Академический Проект, 2001. – 368 с. – («Концепции»).
- Килборн Б.* Когда травма поражает душу: стыд, расщепление и душевная боль // Журнал практической психологии и психоанализа. №1-2, май 2001.
- Краснушкин Е.К.* Психогенный фактор душевных расстройств в военное время // Проблемы психиатрии военного времени. 4-й сборник научных работ психиатрической больницы им. П.П.Кащенко. К 50-летию юбилею. Москва. 1945. – С.207-218.
- Кристал Г.* Травма и аффекты // Журнал практической психологии и психоанализа №3, сентябрь 2002.
- Линдемманн Э.* Клиника острого горя // Психология эмоций. Тексты / Под ред. В.К.Вилюнаса, Ю.Б.Гиппенрейтер. – М.: Изд-во МГУ, 1984. С.212-220.
- Лотман Ю.М.* Внутри мыслящих миров. – М.: Языки русской культуры, 1996. – 447 с.
- Магомед-Эминов М.Ш.* Психопатология смысла. // Психологи о мигрантах и миграции в России: Информационно-аналитический бюллетень № 2. М.: Смысл, 2001.

- Мясищев В.Н., Белозерский Г.Г., Зарубина Е.Н., Яковлева Е.К. Реактивные состояния военного времени по данным невро-психиатрических диспансеров // Нервно-психиатрические заболевания военного времени (по материалам ленинградских конференций 1942-1943гг.) под ред. В.Н.Мясищева. Гос. изд-во мед. литературы. Ленинградское отделение. 1945. – С.53-59.
- Поршнева О.С. Ментальный облик и социальное поведение солдат русской армии в условиях Первой мировой войны (1914 – февраль 1917). // Военно-историческая антропология. Ежегодник, 2002. Предмет, задачи, перспективы развития. – М.: «Российская политическая энциклопедия» (РОССПЭН), 2002. С.252-267.
- Сенявский А.С. Психологическая регуляция и подготовка воинов в различных исторических и этно-культурных условиях. // Военно-историческая антропология. Ежегодник, 2002. Предмет, задачи, перспективы развития. – М.: «Российская политическая энциклопедия» (РОССПЭН), 2002. С.50-65.
- Сироткина И.Е. Российские психиатры на Первой мировой войне // Наука, техника и общество в Первую мировую войну. Сборник статей. СПб. (в печати)
- Толстоухова Л.И. Основные вопросы военной психиатрии в районе глубокого тыла. : Дисс. канд. мед. наук. – Свердловск, 1946.
- Тхостов А.Ш., Зинченко Ю.П. Патологические аспекты посттравматического стрессового расстройства // Психологи о мигрантах и миграции в России: Информационно-аналитический бюллетень № 3. М.: Смысл, 2001. С.44-64.
- Франкл В. Человек в поисках смысла: Сборник. / Общ. ред. Л.Я.Гозмана и Д.А.Леонтьева. – М.: Прогресс, 1990. – 368с.
- Фрейд З. Введение в психоанализ // О психоанализе. – М.: ООО «Издательство ФСЕ»; Харьков: Фолио, 2001. – 704с. – (Вершины человеческой мысли).
- Фрейд З. По ту сторону принципа удовольствия. Я и Оно. М.: ООО «Издательство АСТ»; Харьков: «Фолио», 2004.
- Шумков Г.Е. Первые шаги психиатрии во время русско-японской войны 1904-1905г. Киев. Типография общества «Просвещение», 1907.
- Юрьева Л.Н. История. Культура. Психические и поведенческие расстройства. Киев «Сфера», 2002. – 224 с.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition. American Psychological Association, Washington, DC, 1980.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition-Revised). American Psychological Association, Washington, DC, 1987.

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Ed.). American Psychological Association, Washington, DC, 1994.
- Ancient trauma // Counselling and psychotherapy journal Oct. 2004, Vol. 15 Issue 8, p.28.
- Ben-Ezra M.* Trauma in antiquity: 4000 years old posttraumatic reactions? // *Stress and Health* 20: 121-125 (2004).
- Birmes P., Hatton L., Bruner A., Schmitt L.* Early historical literature for post-traumatic symptomatology // *Stress and Health* 19: 17-26 (2003).
- Bluhm H.O.* How did they survive? Mechanisms of defense in Nazi concentration camps. // *American Journal of Psychotherapy*, Winter99, VI.53, Issue 1. (впервые напечатано в *American Journal of Psychotherapy*, Vol.2, №1, January 1948, p.3-32).
- Breslau N.* Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. // *Canadian journal of psychiatry*, Vol. 47, № 10, December 2002.
- Brewin C.R., Dalgleish T., Joseph S.* A dual representation theory of posttraumatic stress disorder // *Psychological Review*, October 1, 1996, Vol. 103, Issue 4.
- Brunner J.* Psychiatry, psychoanalysis, and politics during the first world war // *Journal of the history of the behavioral sciences*, Vol. 27, October 1991.
- Brunner J.* Identifications, suspicions, and the history of traumatic disorders. // *Harvard Review of Psychiatry*, May, 2002; Issue 3; 10:179-184.
- Carlson E.B., Dalenberg C.J.* A conceptual framework for the impact of traumatic experience. // *Trauma, violence, and abuse*, Vol. 1, № 1, January 2000, 4-28.
- Concentration-camp studies in Norway // *PTSD Researcher Quarterly*, Vol. 2, Number 2, Spring 1991. Abstract. P.3-5.
- Ehrenreich J.H.* Understanding PTSD: forgetting "trauma" // *Journal of Social Issues*, Vol.3, №1, 2003, p.15-28.
- Feeny N.C., Zoellner L.A., Fitzgibbons L.A., Foa E.B.* Exploring the roles of emotional numbing, depression, and dissociation in PTSD // *Journal of traumatic stress*, Vol.13, №3, 2000.
- Gilgen A.R., Gilgen C.K., Koltsova V.A., Oleinik Yu.N.* Soviet and American psychology during World War II. Greenwood Press. London. - 1997.
- Goodwin J.* The Etiology of Combat-Related Post-Traumatic Stress Disorders T. Williams (Ed.) *Post-Traumatic Stress Disorders: a handbook for clinicians*, p.1-18. Cincinnati, OH: Disabled American Veterans. 1987.
- Houts A.C.* Fifty years of psychiatric nomenclature: reflections on the 1943 war department technical bulletin, Medical 203. // *Journal of clinical psychology*, Vol. 56(7), 935-967 (2000).
- Janet P.* *La medecine psychologique*. – Paris: Flammarion, 1924. – 288p.

- Janet P.* De l'angoisse a l'extase. Etude sur les croyance et les sentiments. Les Sentiments fondamentaux. T.2. Paris: Alcan. 1928. – 699 p.
- Janet P.* L'evolution de la memoire et de la notion du temps. – Paris: Chahine, 1928b. – 619 p.
- Janet P.* L'intelligence avant le langage. – Paris: Flammarion, 1936. 292 p.
- Jones E., Wessely S.* “Forward psychiatry” in the military: its origins and effectiveness. // Journal of traumatic stress, Vol.16, № 4, August 2003, p.411-419.
- Jung K.E.* Posttraumatic spectrum disorder a radical revision. // Psychiatric Times, November 2001, Vol. XVIII, Issue 11.
- Krystal J.H., Duman R.* What's missing in posttraumatic stress disorder research? Studies on human postmortem tissue // Psychiatry 67 (4) Winter 2004.
- Koven S.* Remembering and disrememberment: Crippled children, wounded soldiers, and the Great War in Great Britain // American Historical Review, October 1994, P.1167-1202.
- Lazarus R.S.* A laboratory approach to the dynamics of psychological stress // Administrative science quarterly, Vol. 8, № 2 (Sep., 1963), P.192-213.
- Leed E.* Fateful memories: industrialized war and traumatic neuroses // Journal of contemporary history. – 2000. vol. 35 (I). – P.85-100.
- Lerner P.* Psychiatry and casualties of war in Germany, 1914-1918 // Journal of contemporary history, Vol. 35, № 1, Special Issue: Shell-Shock (Jan., 2000), P.13-28.
- Lerner P.* From traumatic neurosis to male hysteria: the decline and fall of Hermann Oppenheim, 1889-1919 // Traumatic Pasts: history, psychology and trauma in the modern age, 1870-1930. / Eds. M.Micale, – NY: Cambridge Press. – 2001.
- Leys R.* Traumatic cures: Shell shock, Janet, and the question of memory // Critical Inquiry 20, Summer 1994, The Univers. of Chicago. P.623-661.
- Libbrecht K., Quackelbeen J.* On the early history of make hysteria and psychic trauma. Charcot's influence on Freudian thought // Journal of the history of the behavioral sciences, Vol.31, October 1995.
- Lilienfeld S.O., Loftus E.F.* Repressed memories and World War II: some cautionary notes // Professional psychology: research and practice, October 1, 1998, Vol. 29, Issue 5.
- McFarlane A.C.* Traumatic stress in the 21st century // Australian and New Zealand journal of psychiatry 2000; 34:896-902.
- McNally R.J.* Progress and controversy in the study of posttraumatic stress disorder // Annual review of psychology, 2003, 54:229-52.
- Merridale C.* The collective mind: trauma and shell-shock in twentieth-century Russia // Journal of contemporary history, Vol. 35, № 1, Special Issue: Shell-Chock (Jan., 2000), 39-55.
- Micale M.S.* On the “disappearance” of hysteria. A study in the clinical deconstruction of a diagnosis // The history of science society, 1993, 84: 496-526.

- Mosse G.L.* Shell-shock as a social disease // *Journal of contemporary history*, Vol. 35, № 1, Special Issue: Shell-shock (Jan., 2000), P.101-108.
- Myers C.S.* in «A Contribution to the Study of Shell Shock. Being an account of Three Cases of Loss of memory, vision, smell and taste, admitted into the duchess of Westminster's War Hospital, Le Touquet.» *The Lancet* Feb., 1915. p.316-320. *Nicolas S., Marchal A., Isel F.* La psychologie au XIX siecle // *Revue d'Histoire des sciences humaines*, 2000, 2, 57-103.
- Nomenclature of Psychiatric Disorders and Reactions. Office of the Surgeon General, Army Service Forces. War Department Technical Bulletin, Medical 203 // *Journal of clinical psychology*, Vol. 56 (7), 925-934 (2000), originally published JCP, 2, 289-296 (1946).
- Odden K.M.* "Able and intelligent medical men meeting together": the Victorian railway crash, medical jurisprudence, and the rise of medical authority // *Journal of Victorian Culture*, Spring 2003, Vol. 8 Issue 1, p.33, 22p.
- Peters L., Slade T., Andrews G.* A comparison of ICD10 and DSM-IV Criteria for Posttraumatic Stress Disorder // *Journal of traumatic stress*, Vol. 12, № 2, 1999.
- Rivers W.H.R.* The repression of war experience // Delivered before the Section of Psychiatry, Royal Society of Medicine, on Dec. 4th, 1917. *The Lancet*, Feb., 2, 1918 www.sassoonery.demon.co.uk/rivers.htm.
- Rivers W.H.R.* Instinct and the unconscious. A contribution to a biological theory of the psycho-neuroses. 1920.
- Roelcke V.* Biologizing social facts: an early 20th century debate on Kraepelin's concepts of culture, neurasthenia, and degeneration // *Culture, medicine and psychiatry* 21: 383-403, 1997.
- Selye H.* The evolution of the stress // *American scientist*, Vol. 61, № 6, Nov.-Dec., 1973. P.692-699.
- Shephard B.* A war of nerves. – London: Jonathan Cape, 2000. – 487p.
- Smith G.E., Pear T.H.* Shell shock and its lessons. // Manchester University Press, England, 1917. <http://www.gwpda.org/medical/shshock/index.htm>.
- Sykes M.W.* The limits of talk: B/ van der Kolk wants to transform the treatment of trauma. // *Psychotherapy networker*, 28 (1), 2004, p.30-41.
- Talbott J.E.* Soldiers, psychiatrists, and combat trauma // *Journal of interdisciplinary history*, Vol. 27, № 3 (Winter 1997), P.437-454.
- Van der Hart O., Brown P.* Concept of psychological trauma // *American Journal of Psychiatry* 147:12, December 1990, – P.1691.
- Van der Hart O., Brown P.* Abreaction Re-evaluated // *Dissociation*, 1992, 5(3), 127-140. www.trauma-pages.com.
- Van der Hart O., Brown P., Van der Kolk B.A.* Pierre Janet's Treatment of Post-traumatic Stress // *Journal of traumatic stress*, Oct. 1989, vol.2, № 4, p.379-395.
- Van der Hart O., Van Dijke A., Van Son, M. K. Steele* Somatoform Dissociation in Traumatized World War I Combat Soldiers: A Neglected Clinical Heritage // *Journal of Trauma and Dissociation*, 2000, 1(4), 33-66.

- Van der Hart O., Dorahy M.* Dissociation: history of a concept. // To be published in: P.Dell & J.O'Neil (Eds.), Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond. Chicago: International Society for the Study of Dissociation.
- Van der Kolk B., Brown P., Van der Hart O.* Pierre Janet on Post-Traumatic Stress/ / Journal of traumatic stress, October 1989, vol.2, №4, p.365-378.
- Van der Kolk B., McFarlane* The black hole of trauma // Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body, and society. Edited by Van der Kolk B., McFarlane A.C., Weisaeth L. The Guilford press. 1996. P.3-23.
- Van der Kolk B., Weisaeth L., Van der Hart O.* History of trauma in psychiatry // Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body, and society. Edited by Van der Kolk B., McFarlane A.C., Weisaeth L. The Guilford press. 1996. P.47-74.
- Van der Kolk B.* Posttraumatic therapy in the age of neuroscience. // Psychoanalytic Dialogues, 12 (3), 381-392, 2002.
- Weisaeth L., Eitinger L.* Research on PTSD and other post-traumatic reactions: European literature // PTSD Researcher Quarterly, Vol. 2, Number 2, Spring 1991.
- Weisaeth L.* The European history of psychotraumatology // Journal of Traumatic Stress, Vol. 15, №6, December 2002, p.443-452.
- Winter J.* Shell-shock and the cultural history of the Great War // Journal of contemporary history, Vol. 35, № 1, Special Issue: Shell-shock (Jan., 2000), P.7-11.
- Yehuda R., Schmeidler J., Siever L.J., Binder-Brynes K., Elkin A.* Individual differences in posttraumatic stress disorder symptom profiles in Holocaust survivors in concentration camps or in hiding // Journal of traumatic stress, Vol.10, №3, 1997.
- Young A. W.H.R.* Rivers and the war neuroses // Journal of the history of the behavioral sciences, Vol. 35(4), 359-378 Fall 1999.