

УДК 159.96

Мостиков Сергей Владимирович
магистрант 2-го курса, факультет социальной
психологии, НОУВПО Гуманитарный
университет; ГБУЗ СО ПБ № 6,
психотерапевтическое отделение, психолог
(г. Екатеринбург)
E-mail: smostikov@ya.ru

Mostikov Sergey Vladimirovich
Master Student, Department of Social Psychology,
Liberal Arts University – University
for Humanities; Psychologist at Psychotherapy
Division of the City Psychiatric Clinic #6
(Ekaterinburg)

**СПЕЦИФИКА
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ
ПОДДЕРЖКИ КЛИЕНТОВ
ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ
СТРЕССОВОМ РАССТРОЙСТВЕ**

**THE SPECIFIC
PSYCHOLOGICAL SUPPORT
FOR CLIENTS
WITH POSTTRAUMATIC
STRESS DISORDER**

Аннотация

В статье приводятся критерии посттравматического стрессового расстройства, описываются патокинез и особенности протекания, уделяется внимание способам совладания и доминирующим психологическим защитами в случае психологической травмы. Рассматриваются способы психологической помощи и реабилитации жертв насилия, указаны основные методы работы психолога-консультанта. Проводится анализ наиболее распространенных ошибок в работе психолога с данной категорией клиентов.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР); стадии горя; реабилитация жертв насилия; психологическая травма.

Abstract

The article provides the criteria for post-traumatic stress disorder, describes its pathokinesis and peculiarities, draws attention on the ways of coping and dominant psychological defense in case of psychological trauma. Three methods of psychological assistance and rehabilitation of violence victims are discussed, as well as main techniques of psychologist-consultant work. The author analyses typical mistakes of the psychologist with this category of clients.

Key words: posttraumatic stress disorder; PTSD; stages of grief; rehabilitation of victims of violence; psychological trauma.

События в Волгограде и расстрел в московской школе, повлекшие человеческие жертвы среди ни чем не повинных людей, тематизируют одну из актуальных задач современной психологии: поиск адекватных способов психологической помощи, реабилитации и адаптации лиц, перенесших физическое и психологическое насилие. Подобные ситуации, сопровождающиеся витальной угрозой, разрушают привычную картину жизни человека и служат мощным стрессогенным фактором, «разделяя жизнь на два неравнозначных отрезка: до и после события» [1. С. 68], индуцируя утрату базового доверия к людям и миру, нарушение ощущения стабильности и преимущества «Я». Так, по мнению А. Л. Иванова, «более 58 % находящихся на реабилитации комбатантов нуждаются в целенаправленных психокоррекционных мероприятиях» [2. С. 48]. Интересно, что при этом «наиболее выраженные негативные психологические изменения отмечаются у военнослужащих, находившихся в условиях боевых действий более трех месяцев» [3. С. 54], диапазон симптоматики достаточно велик, в зависимости от степени стресса и преморбиды: от невротических расстройств до психозов.

Жертвами психологического и физического насилия могут быть не только участники боевых действий, но и обычные люди. Согласно данным исследований ВОЗ, в разных странах «процент женщин в возрасте 15–49 лет, подвергшихся физическому и/или сексуальному насилию колеблется от 15 до 17 %» [4].

Травматические события бывают различными по продолжительности, силе воздействия, они могут носить разовый характер либо встречаться с определенной частотой, например у работников силовых структур, вынужденных в силу специфики своей работы постоянно сталкиваться с угрозой жизни. Интенсивный и/или продолжительный стресс может привести к развитию посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). В последнем случае психологическая защита, привычные копинг-стратегии и внутренний потенциал личности оказываются неспособными эффективно противостоять складывающимся обстоятельствам. Травмирующая ситуация не может быть переработана, проанализирована и прожита клиентом в полной мере, человек оказывается застрявшим на определенном событии, стадии проживания горя и т. д.

Описанию данного типа реакции личности на стресс посвящено значительное количество литературы, особенно в последние годы (Н. В. Тарабрина; М. М. Решетников; В. Н. Абрамова; Е. О. Александров; Е. Б. Шустов), но, к сожалению, большая часть из этих материалов носит теоретический характер и оставляет открытым вопрос адекватной психологической поддержки: что надо делать психологу при оказании помощи и сопровождении людей, ставших жертвами насилия, а чего следует избегать?

Впервые о ПТСР заговорили еще в начале XX в. при описании состояний солдат – участников военных конфликтов; в те годы использовался термин «военный невроз». В настоящее время клиническая картина ПТСР представлена в МКБ-10 (Международной классификации болезней) под кодом F43.1. Среди специфических признаков психологической травмы выделяют следующие [5]:

1) стойкие воспоминания или «оживление» стрессора в навязчивых реминисценциях (флеш-беки), повторяющихся снах либо повторное переживание горя при воздействии напоминающих обстоятельств (самолетов, школ, транспорта и т. д.), при одновременном стремлении к избеганию («как будто ничего не произошло» – одна из форм психологического совладания с травмой);

2) психогенную амнезию (особенно для ранних детских травм), ощущение отстраненности от мира, себя и окружающих, вплоть до деперсонализации и дереализации. Личность становится более фрагментированной. Если оперировать в терминах транзактного анализа, появляется травмированная часть (в основном детская) и часть, которая выжила и справилась;

3) повышенную сензитивность (не наблюдавшуюся до действия стрессора), нарушение режима сон/бодрствование. Раздражительность, вспышки бессильной ярости, слезливость, антивитальные тенденции с вкраплениями депрессивной триады (негативные оценки прошлого, будущего и настоящего), вплоть до суицидальных попыток.

Для постановки диагноза ПТСР продолжительность этих состояний должна быть не менее 6 месяцев: такой временной интервал установлен как нормативный. Принято считать, что самостоятельная переработка клиентом болезненного материала может занимать до полугода.

Клинический случай. Клиентка А. обратилась за психологической помощью по настоянию родственников. После внезапного нападения на улице, в результате которого она получила множественные повреждения лица с явным косметическим дефектом от незнакомого человека (мотив нападения остается неясным, так как денег и ценных вещей преступник не взял), стали беспокоить повторяющиеся страшные сновидения, ухудшились отношения с близкими, появился страх выхо-

дить одной из дома, дисфорическое настроение, депрессия. Немотивированная агрессия преступника, последствия которой были столь печальны для клиентки, подорвали фундаментальное доверие. В отчаянии и слезах, в течение первых консультаций она задавалась вопросом «за что?» и проявляла вербальную агрессию. Лишь физическое отреагирование аффекта в форме битья подушки и лепки фигуры агрессора с последующим ее уничтожением, при одновременном оживлении добрых, светлых, поддерживающих воспоминаний о прошлом, способствовало появлению наблюдающего Эго и первым шагам по совладанию с душевной болью.

Эксплицируем ряд факторов, мешающих психологической переработке стрессогенного материала и приводящих к манифестации ПТСР.

1. Потеря надежды. Человек перестает сопротивляться и сдается на волю обстоятельств. Теряется вера в возможность изменений.

2. Отсутствие вербализации травматического опыта. Мышление и внутренняя речь теснейшим образом связаны, об этом писал еще классик отечественной психологии Л. С. Выготский. Умалчивая о травме, человек замыкается в себе, перестает выражать свои чувства, начинает перманентно циркулировать в своих мыслях, не имея возможности или не зная, как это сделать. Вследствие использования таких защит, как игнорирование и изоляция аффекта, многие жертвы насилия предпочитают умалчивать и не вспоминать произошедшее.

3. Травматическая ситуация разрушает привычную картину мира, рушатся прежние идеалы и ценности.

Первая психологическая помощь в случае острой травмы состоит в возможности дать человеку говорить. Бессознательный материал, чувства, подавленные эмоции должны быть осознаны через проговаривание. Проговаривая, мы как бы канализируем внутреннее напряжение вовне, а это всегда снимает аффективный заряд. Кроме разговора, хорошо помогают рисование, приемы танцевальной и арт-терапии, ведение дневниковых записей и т. д. Это способствует самовыражению индивида. Постепенно, с течением времени, воспроизводя один и тот же травматический материал в разных вариациях, клиент становится более спокойным, рассказ приобретает стереотипный, сухой характер, снижается аффект – это позитивная динамика свидетельствует о внутренней интеграции переживаний в психическую реальность. Событие вплетается в ткань жизни клиента и перестает быть центральным моментом истории. В ходе рассказа особое внимание необходимо уделять чувствам и мыслям клиента – это имеет приоритетное значение.

В попытке совладания с травмой, человек может использовать разнообразные формы защитного поведения: аддикции (алкоголизация, наркомания, интернет-зависимость etc), гиперконтроль, запрет на сексуальное удовольствие (при сексуальном насилии), либо наоборот – промискуитет, фанатичную приверженность религиозному культу, психосоматические заболевания (язва, гипертония, нейродермиты, астма, панические атаки, вегетососудистая дистония и т. д.). Возможно развитие навязчивой склонности к путешествиям и переездам (дромомания), в бессознательной попытке сбежать от травмирующих воспоминаний. Часто это сопровождается поиском виновных, при одновременном обвинении себя за то, что выжил («вина выжившего»), и вытекающими отсюда бессознательными попытками самонаказания.

При детских психологических травмах, особенно в случае абьюза со стороны лиц, осуществляющих первичную заботу, жертва может оправдывать агрессора. Ребенок предпочитает взять на себя вину и ответственность, убедить себя в своей плохости, но не признавать факта, что это папа или мама ведут себя неправильно. В подобных случаях многие жертвы транслируют бессознательное чувство вины и своей греховности на всю дальнейшую жизнь. Это хорошо продемонстрировано на примере «стокгольмского синдрома», когда «жертвы террористов идентифицируются с агрессорами и находят внутри себя оправдательные мотивы для своих

мучителей» [6. С. 51]. Проявление таких взглядов и мыслей в процессе терапии у пострадавшего необходимо прорабатывать, обсуждать все возможные оттенки чувств, мыслей, фантазий, сновидений. Самокритикой, проявлением мазохистических черт, попаданием в повторяющиеся ситуации повышенной виктимности клиент бессознательно воспроизводит травмирующие ситуации в новом издании, с теми же чувствами, но на этот раз жертва и агрессор находятся в одной личности.

Клинический случай. Клиентка В. – успешная и состоятельная женщина, счастливая и довольная своими отношениями с мужем. Эпизодически вступает в случайные половые связи с малознакомыми мужчинами, после чего быстро их бросает. Самое ценное для нее в этих случаях – влюбиться в себя, а затем кинуть, при этом наблюдать реакцию партнера. В ходе индивидуальной психотерапии мы зафиксировали противоречивые чувства: соблазнить мужчину, который ей безразличен, а еще лучше «влюбить», после чего без всяких объяснения бросить его. Подобным образом с ней поступил ее первый молодой человек: воспользовался ее наивностью и пропал сразу после первой близости. В своей взрослой жизни клиентка вымещала на других мужчинах подавленные в прошлом обиду и злость.

Агрессор должен быть, как минимум, наказан, в сознании пациента вытесненный агрессивный аффект должен быть перенаправлен от себя во внешний мир (но в социально приемлемой форме). Подобная работа подразумевает экспрессивную психотерапию. Отреагирование на физическом уровне катализирует внутриличностные процессы и способствует встраиванию изолированных аффектов в образ Я, а следовательно, содействует скорейшему восстановлению.

Чем меньше времени прошло с момента травмирующего эпизода, тем благоприятнее прогноз для психокоррекции. В ходе психологической беседы необходимо помнить, что более важной для нас, как специалистов, представляется сфера чувства и эмоции клиента, чем событийный ряд. Излишнее погружение в подробности, обсуждение всех деталей, особенно при терапии жертв сексуального насилия, может повлечь ретравматизацию и утяжеление состояния клиента. Наша цель при консультативной поддержке человека – проживание и интеграция всех чувств, встраивание пережитого опыта, как континуального «моего опыта», и устранение жизненного разрыва на «до» и «после» травмы. Исходя из этих задач, на наш взгляд, уместно выдерживать баланс: между разрешением клиенту регрессировать и погружаться в тяжелые чувства, с одной стороны, и одновременно сохранением наблюдающего Эго – с другой, при безусловном акцентировании ресурсов (примерами психотерапевтических интервенций могут быть фразы: «Как вы сумели реорганизовать свою личность, что бы пережить это?»; «Как справлялись другие люди оказавшиеся в подобной ситуации?»; «Похоже, вы очень сильный человек – ведь вы справились!»; «Кто Вас поддерживал?»; «Я благодарен вам, что вы нашли в себе силы рассказать» и т. п.). Чем больше мы приближаемся к травмирующим воспоминаниям, тем выше вероятность, что клиент захочет разорвать терапевтический альянс – эту тему необходимо проговаривать и обсуждать заранее и не идти в процесс глубже, чем готов погружаться в него клиент в настоящее время. Несколько сессий необходимо уделить установлению надежного контакта и укреплению силы Эго, стабилизации эмоционального фона, поиску защищающих и поддерживающих субличностей, обретению «места силы» (существует одноименная визуализация), работе с сопротивлением (многие пациенты умалчивают или отрицают факт травмы, в таких случаях можно попросить рассказать, что именно мешает клиенту начать говорить, или, для начала, предложить изобразить в рисунке свой страх).

Если клиент упоминает о старой травме, уместно спросить: «Почему эта ситуация стала актуально именно сейчас, ведь столько времени вы жили с этим?» Возможно, между текущим положением дел и прошлым есть некие корреляции, кото-

рые заставляют клиента испытывать в чем-то схожие чувства, именно это и привело к психологу. Часто ставится вопрос о влиянии предшествующих травматических событий на жизнь личности. Достаточно распространено положение о том, что «каждая предыдущая травма “готовит” организм к последующей, иными словами, «предыдущая травма сенсibiliзирует организм и личность, повышает реактивность к последующим стрессорам» [7. С. 97].

Отдельного внимания заслуживают дефицитарные травмы, вызванные фрустрацией, отсутствием внимания и любви (отдали в детский дом, отстраненная мать, отсутствующий отец). В таких случаях травмирующего события нет, но может наблюдаться нарушение идентичности, размытость Я-концепции, сложности с самоидентификацией. В таких случаях необходима длительная терапия. К сожалению, в нашей стране практика психологического консультирования доступна еще не всем, а из тех, кто считает полезным для себя ходить к психологу, не все готовы к длительным психотерапевтическим контактам.

В психологии выделяют последовательность стадий реакции организма на массивный стресс (горе, мощное переживание, травму, насилие) [8. С. 67]:

1. Отрицание. Клиент не может поверить, что это действительно с ним случилось, игнорирует события.

2. Гнев. Проявляется в раздражении на мир, окружающих и себя, человек не понимает, почему это произошло именно с ним, «за что это?»

3. Торг. Эта стадия существует для событий, которые еще не случились, но неотвратимы (неизлечимая болезнь, онкология).

4. Депрессия. Ощущение беспомощности, по завершении которой человек осознает, что потеря действительно неизбежна. Слабость, апатия, безразличие.

5. Принятие. Переход от чувства потери к переосмыслению событий, человек принимает и смиряется, хорошо, если он может извлечь позитивный опыт.

Наша задача – определить, на какой из стадий находится клиент, что мешает проживанию горя, что его может поддержать, чего и в какой форме он ждет от нас.

Работа с лицами, перенесшими насилие, высвечивает в поле сознания, кроме психологических, ряд этических проблем. Например, как поступить, если обращается женщина, пережившая в детстве сексуальное насилие со стороны родственника? Юридически психолог обязан сообщить в полицию, фактически это влечет ретравматизацию пациентки, нарушение конфиденциальности терапии (при полном отсутствии доказательств факта насилия), более того, в случае истероидной акцентуации весь сюжет может носить вымышленный характер и представляет собой символическое разрешение Эдипального конфликта. В настоящее время этот вопрос требует дополнительного внимания.

Литература

1. Решетников М. М. Психическая травма. – СПб. : Алетейя, 2012.
2. Иванов А. Л. и др. Психологические последствия участия военнослужащих в боевых действиях в Чеченской Республике и их медико-психолого-социальная коррекция // Московский психотерапевтический журнал. – 2003. – № 4.
3. Чиж И. М. и др. Становление и перспективы развития медицинской реабилитации в Вооруженных Силах Российской Федерации // Военно-медицинский журнал. – 2000. – № 1.
4. ВОЗ. Насилие в отношении женщин. Ответ сектора здравоохранения. – URL: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/NMH_VIP_PVL_13_1/ru/index.html
5. ВОЗ. МКБ-10. Психические расстройства и расстройства поведения. – URL: <http://mkb-10.com/index.php?pid=4001>
6. Фрейд А. Психология Я и защитные механизмы. – М. : Педагогика-Пресс, 1993.
7. Тадевосян М. Я. Психическая травма, ее последствия и предрасполагающие факторы // Журнал неврологии и психиатрии. – 2011. – № 11.
8. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. – Киев ; София, 2001.