



**М. А. Падун,
А. В. Котельникова**

ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМА И КАРТИНА МИРА

ТЕОРИЯ, ЭМПИРИЯ, ПРАКТИКА



**ИНСТИТУТ ПСИХОЛОГИИ
РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК**



Перспективы психологии

Мария Падун

**Психическая травма и картина
мира. Теория, эмпирия, практика**

«Когито-Центр»

2012

Падун М. А.

Психическая травма и картина мира. Теория, эмпирия, практика
/ М. А. Падун — «Когито-Центр», 2012 — (Перспективы
психологии)

В монографии рассматривается влияние психической травмы на картину мира человека. Под картиной мира понимается совокупность базисных убеждений о доброжелательности окружающего мира, его справедливости, а также представления о собственном Я. Авторы анализируют посттравматический стресс у лиц, переживших разные виды психических травм: участие в военных действиях, опасное для жизни заболевание, вынужденная миграция. Изложены направления когнитивной психотерапии, в которых основной акцент делается на посттравматических представлениях человека о мире и о себе. Книга адресована специалистам – врачам, психологам, социальным работникам, интересующимся проблемами посттравматического стресса.

© Падун М. А., 2012

© Когито-Центр, 2012

Содержание

Предисловие	6
Введение	8
Глава 1	10
1.1. Посттравматический стресс как следствие нарушения процессов переработки информации	13
Изменения характеристик внимания после травмы	13
Модели травматической памяти	14
Мышление и интеллект при ПТСР	14
Особенности переработки эмоциональной информации при ПТСР	15
1.2. Нарративная модель посттравматических нарушений	18
Конец ознакомительного фрагмента.	20

М. А. Падун, А. В. Котельникова
Психическая травма и картина
мира. Теория, эмпирия, практика

© ФГБУН Институт психологии РАН, 2012

Предисловие

Современный этап развития российской психологической науки характеризуется выраженной тенденцией к интеграции отечественных и зарубежных достижений. Интегративный подход наиболее отчетливо, на наш взгляд, проявляется в области клинико-психологических исследований, что объясняется прежде всего их острой актуальностью и социальной значимостью. Если в предыдущие десятилетия заимствовался в основном психологический инструментарий, то в настоящее время можно говорить уже о более глубоком аналитико-содержательном подходе к проведению теоретико-эмпирических исследований. В монографии М. А. Падун и А. В. Котельниковой указанные современные тенденции проявлены в полной мере.

Работа выполнена в контексте изучения посттравматического стресса, которое проводится в лаборатории психологии посттравматического стресса ИП РАН с начала 1990-х годов. Известно, что и по сей день не существует единой, общепринятой теоретической концепции, объясняющей этиологию и механизмы возникновения и развития ПТСР, хотя в результате многолетних исследований разработаны несколько теоретических моделей в рамках психологического, психосоциального, бихевиорального и комплексного подходов. Анализ показывает, что ни одна из этих моделей полностью не объясняет симптоматику ПТСР. Очевидно, что создание адекватной теории ПТСР возможно на основе многофакторной биопсихосоциальной модели расстройств аффективного спектра.

Каждое из вышеназванных направлений имеет свои теоретическое обоснование и аргументацию; авторы настоящего исследования используют когнитивные теории психической травмы как наиболее близко подходящие к анализу посттравматической феноменологии и обеспечивающие исследования посттравматического стресса теоретико-методологической базой. Можно согласиться с таким утверждением, учитывая, что наиболее эффективными психотерапевтическими техниками в лечении ПТСР на сегодняшний день являются методики, основанные на когнитивной парадигме.

Понимание авторами именно этого аспекта – взаимосвязи теоретической основы и психотерапевтических методов – выразилось в пятой главе монографии, в которой изложены основные методы помощи при ПТСР.

Эмпирической основой монографии послужило исследование сопряженности посттравматического стресса и базисных убеждений, выполненное на трех контингентах испытуемых: участниках боевых действий, больных раком молочной железы и беженцах. Результаты этих оригинальных исследований важны как в теоретическом, так и в практическом отношении; данные чрезвычайно интересны и хорошо проанализированы. Исследования планировались и выполнялись на основе всестороннего теоретического анализа зарубежной и отечественной литературы. Из многочисленных психологических исследований, так или иначе относящихся к изучаемой проблеме, авторам удалось выделить работы, которые можно отнести к разряду классических.

Каждая пионерская исследовательская работа – а настоящая монография, безусловно, относится к таковым – должна начинаться с операционализации центрального понятия, в данном случае – понятия «базисные убеждения». Авторы успешно справились с этой непростой задачей. Анализ исследований, выполненных в социальной психологии по проблемам имплицитных теорий личности (ИТЛ), привел авторов к важному заключению о том, что философский уровень рассмотрения ИТЛ, содержащий представления о людях с позиций доверия, рациональности, альтруизма, независимости, изменчивости, сложности, может быть напрямую соотнесен с базисными убеждениями индивида. Очень важно, что в работе рассмотрены вопросы, связанные с различной трактовкой понятия «когнитивная схема» в теориях когнитивной переработки информации, когнитивных теориях личности и теориях социаль-

ного познания. Эти различия состоят главным образом в том, что в «теориях когнитивных процессов схемы рассматриваются как когнитивные структуры, предвосхищающие *восприятие и познание* субъектом реальности, а в социальных теориях и когнитивных теориях личности – как когнитивно-аффективные комплексы, формирующиеся из *переживания* индивидом событий его личной истории и соответственно направляющие его поведение» (с. 36). Показано, что понятия, сходные с конструктом когнитивной схемы (установки, аттитюды), отличаются контекстуально, а не содержательно.

Ценность теоретической части монографии обусловлена тщательной проработкой основных в отечественной психологии методологических подходов – системного и субъектно-деятельностного, что позволило продемонстрировать возможности их применения при анализе последствий воздействия травмы на психику человека и привело авторов к рассмотрению базисных убеждений в качестве основных переменных («внутренних условий») – факторов уязвимости человека в отношении травматических воздействий.

Также творчески авторы проанализировали различные подходы к понятию «базисные убеждения», которое используется при объяснении того, каким образом индивид конструирует свои представления об окружающем мире и о собственном Я. В результате они пришли к очень важному и хорошо аргументированному ссылаясь на соответствующие работы выводу: конструкт «базисные убеждения» может быть соотнесен с понятием «картина мира»; базисные убеждения можно определить как имплицитные, глобальные, устойчивые представления индивида о мире и о себе, оказывающие влияние на мышление, эмоциональные состояния и поведение человека.

Изученный в работе когнитивный феномен негативных базисных убеждений дает выход в более широкий психологический контекст, – психологии личности и психологии развития, в первую очередь. Это исследование содержит результаты, имеющие значение не только для современной клинической психологии, – они органично входят и в общее поле современного психологического знания.

В заключение хочется выразить свое удовлетворение прочитанной работой. Она написана хорошим литературным языком, что также говорит о высокой квалификации авторов. Данная монография может служить примером того, как должен реализовываться подход к интеграции достижений отечественных и зарубежных направлений психологической мысли. Можно утверждать, что наконец-то на смену стихийному заимствованию (в основном, зарубежных психологических методик) приходит глубокое понимание того, что интегративный подход способен стать эффективным инструментом для дальнейшего развития отечественной психологической науки. Авторам остается пожелать дальнейших успехов в их творчестве и выразить уверенность в том, что читатели оценят их труд по достоинству.

Доктор психологических наук, профессор

Н. В. Тарабрина

Введение

Жизнь каждого человека полна событий: они могут быть радостными и печальными, неожиданными и запланированными, раздражающими и успокаивающими, интересными и скучными. Как правило, даже если возникающие обстоятельства несут в себе труднопреодолимые последствия и негативные чувства, большинство людей в силах совладать с ними. Некоторые события, однако, представляют серьезный вызов адаптивным возможностям и ресурсам совладания и воспринимаются психикой как угроза разрушения. В современной психологии под травматическими стрессорами (т. е. ситуациями, которые могут привести к психической травме) понимаются события угрожающего или катастрофического характера, в которых человек испытывает интенсивный страх, ужас и беспомощность (Diagnostic and Statistical Manual..., 1994). К ним относят природные и антропогенные катастрофы; террористические атаки и разбойные нападения; автомобильные и железнодорожные аварии, эмоциональное, физическое, сексуальное насилие и другие экстраординарные события.

В настоящее время специалисты в области психической травмы сходятся во мнении, что тип пережитой травмы менее важен по сравнению с тяжестью травмы и индивидуальной уязвимостью человека (Клиническое руководство..., 2008). Тот факт, что ПТСР возникает только у части людей, переживших одно и то же травматическое событие, заставляет ученых искать предикторы ПТСР и разрабатывать теории развития ПТСР. Наибольшая распространенность ПТСР наблюдается после травмы изнасилования (до 65 %) (там же). Участие в военных действиях приводит к возникновению ПТСР в среднем у 20 % военнослужащих (Egendorf et al., 1981; Тарабина, 2009).

Данная монография посвящена анализу психической травмы в рамках когнитивной парадигмы. На наш взгляд, именно когнитивные теории психической травмы наиболее близко подошли к описанию сути посттравматических феноменов. Когнитивные теории ПТСР можно условно разделить на две группы. Собственно когнитивные исследования посттравматического стресса связывают его с *нарушением когнитивных процессов*, прежде всего внимания и памяти, а также когнитивной переработки эмоциональной информации. Близок к этому направлению так называемый *нарративный подход* (Tuval-Mashiach, 2004), при котором посттравматический стресс рассматривается в контексте способности пережившего травму рассказать о ней: при отсутствии адекватной переработки травматического опыта нарратив о травме носит фрагментарный, недостаточно связный и осмысленный характер.

Во вторую группу включаются *социально-когнитивные теории*, к которым можно отнести *концепцию базисных убеждений*, а также рассмотрение посттравматических переживаний с позиций *теории атрибуции*.

Мы обосновываем и применяем термин «картина мира» для обозначения системы убеждений человека о сущности мира и о собственном Я в мире. Базисные убеждения («basic assumptions», «basic beliefs») – это обобщенные, имплицитные, устойчивые представления человека об окружающем мире, собственном Я и об отношениях между Я и миром. В зарубежной психологии для обозначения совокупности базисных убеждений, обеспечивающих человеку опору, защиту и чувство реальности, используют словосочетание «*assumptive world*» (дословно: «мир допущений») (Beder, 2005). Мы используем для обозначения этого конструкта понятие «картина мира».

Попытка интеграции когнитивных и социально-когнитивных подходов осуществлена в интегративных моделях ПТСР, среди которых особенно выделяется «теория двойной репрезентации» (Brewin et al., 1996).

Когнитивная парадигма обеспечивает исследования посттравматического стресса теоретико-методологической базой. Вместе с тем она является эмпирически верифицированной

основой для когнитивных направлений психотерапии травмы. Здесь, на наш взгляд, смыкаются интересы теории и практики, а этой интеграции, как известно, очень не хватает психологии как науке в целом и психологии травмы – в частности.

В 1 и 2 главах монографии мы рассмотрим перечисленные выше когнитивные теории психической травмы, уделив особое внимание концепции базисных убеждений, которая стала теоретико-методологическим основанием наших эмпирических исследований.

Глава 3 посвящена описанию процесса адаптации «Шкалы базисных убеждений», которая на сегодняшний день является фактически единственной стандартизированной русскоязычной методикой измерения базисных убеждений. Работа с методикой проводилась в два этапа: первая апробированная версия является русскоязычным вариантом методики «World assumptions Scale» Р. Янофф-Бульман (Janoff-Bulman, 1992). Данный вариант методики имеет достаточные показатели надежности и валидности и может использоваться исследователями. Однако факторная структура и некоторые другие особенности этой версии опросника привели нас к решению о разработке и публикации Модифицированного варианта Шкалы базисных убеждений, процесс апробации которого также описан в третьей главе.

В главе 4 мы приводим результаты исследования картины мира (базисных убеждений) у людей, подвергшихся различным травматическим воздействиям (участие в военных действиях, онкологическое заболевание, вынужденная миграция). Сначала мы анализируем специфику этих стрессоров, которые отличаются друг от друга различными степенями угрозы жизни, структурой травматических воздействий, пространственно-временной организацией. Затем исследуем особенности картины мира у людей, переживших разные травмы; особое внимание при этом уделяется подгруппам испытуемых с высокой интенсивностью посттравматических стрессовых реакций. Результаты иллюстрируются клиническими примерами.

Заключительная, 5-я глава монографии посвящена вопросам когнитивно ориентированных направлений терапии психической травмы. В ней рассмотрены современные направления психотерапии, доказавшие свою эффективность в контролируемых исследованиях.

Теоретические и эмпирические исследования, опубликованные в настоящей монографии, выполнены в лаборатории психологии посттравматического стресса Института психологии РАН под руководством доктора психологических наук Н. В. Тарабриной. Теоретико-методологическая база для исследований посттравматического стресса, разработанная в лаборатории (Тарабрина, 2009; Практикум..., 2007), легла в основу наших изысканий. Книга не была бы написана без идейной и эмоциональной поддержки сотрудников ИП РАН, которые работают или работали ранее в этой лаборатории: Н. В. Тарабриной, Е. С. Калмыковой, Е. Г. Удачиной, З. Г. Химчан, Е. А. Миско, В. А. Агаркова, О. А. Вороны. Выражаем им глубокую и искреннюю благодарность.

Глава 1

Когнитивные модели посттравматического стресса

Изначально представления о психической травме формировались в рамках психодинамической парадигмы. Первые теоретические предположения о механизмах психической травматизации были сделаны Ж. Шарко и П. Жане в 1980-е годы. Они показали, что многие психопатологические симптомы пациентов связаны с их вытесненными воспоминаниями о травматических событиях. Жане ввел понятие диссоциации, которая возникает как следствие перегрузки сознания при переработке травматических ситуаций (Janet, 1904).

Теория травмы З. Фрейда, изначально базирующаяся на взглядах Шарко и Жане, претерпевала изменения на протяжении развития психоаналитической теории. Изначально Фрейд изучал детские травмы на клиническом материале истерии, затем, во время Первой мировой войны, он был вынужден обратиться к психическим травмам, полученным во взрослом возрасте. Фрейд писал, что психическая травма возникает в том случае, когда чрезмерной силы стимул или раздражитель пробивает «стимульный барьер», или «щит», т. е. вызовет глобальные нарушения в энергетике организма (Фрейд, 2006). Излечение от травмы заключается в том, чтобы переработать гипертоническое возбуждение, связанное с травматическим событием.

А. Кардинер (Kardiner, Spigel, 1949) подробно изучил многочисленные симптомы, имевшие место у военнослужащих. Главным фокусом его клинических изысканий была симптоматика гипертоничности ветеранов, которые крайне уязвимы к любым проявлениям внешней среды. Основным выводом Кардинера был следующий: пациент в посттравматическом состоянии функционирует так, как будто он продолжает находиться в травматической ситуации.

После Второй мировой войны и Холокоста потребность в изучении посттравматических состояний приобрела огромные размеры. Расширилось поле исследований: стали изучаться последствия травмы не только у участников и ветеранов войн, но и у женщин и детей, проживающих на территории военных действий; затем стали проводиться исследования травм домашнего и сексуального насилия.

Лишь в 1980-е годы после анализа обширных наблюдений психических нарушений у ветеранов войны во Вьетнаме (например, во Вьетнаме погибли 40 тыс., а впоследствии покончили с собой 120 тыс. ветеранов) посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) было включено в DSM—III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) – классификационный психиатрический стандарт Американской психиатрической ассоциации. В 1995 году ПТСР было введено в десятую редакцию Международного классификатора болезней МКБ-10, основного диагностического стандарта, действующего на территории европейских стран, включая Россию.

Критерии ПТСР отражают особенности ситуаций, которые относятся к потенциально психотравмирующим, а также включают три группы симптомов, составляющие клиническую картину ПТСР (навязчивое вторжение травматического опыта, избегание, гипертоническое возбуждение). Диагноз ПТСР ставится на основе следующих критериев (DSM-IV):

А Индивид находился под воздействием травмирующего события, причем имели место оба приведенных ниже факта:

- 1) индивид был участником, свидетелем события либо столкнулся с событием (событиями), которое включало смерть, или угрозу смерти, или угрозу серьезных повреждений, или угрозу физической целостности других людей (либо собственной);
- 2) реакция индивида включала интенсивный страх, чувство беспомощности или ужаса.

В Травматическое событие настойчиво повторяется в переживании одним (или более) из следующих способов:

- 1) повторяющееся и навязчивое воспроизведение события, соответствующих образов, мыслей и восприятий, вызывающее тяжелые эмоциональные переживания;
- 2) повторяющиеся тяжелые сны о событии;
- 3) такие действия или ощущения, как если бы травматическое событие происходило вновь (включает ощущения «оживания» опыта, иллюзии, галлюцинации и диссоциативные эпизоды – «флэшбэк-эффекты», в том числе те, которые появляются в состоянии интоксикации или в просоночном состоянии);
- 4) интенсивные тяжелые переживания, которые были вызваны внешней или внутренней ситуацией, напоминающей о травматических событиях или символизирующей их;
- 5) физиологическая реактивность в ситуациях, которые внешне или внутренне символизируют аспекты травматического события.

С Постоянное избегание стимулов, связанных с травмой, и «numbing» – блокировка эмоциональных реакций, оцепенение (не наблюдалось до травмы). Определялось по наличию трех (или более) из перечисленных ниже особенностей:

- 1) усилия по избеганию мыслей, чувств или разговоров, связанных с травмой;
- 2) усилия по избеганию действий, мест или людей, которые пробуждают воспоминания о травме;
- 3) неспособность вспомнить о важных аспектах травмы (психогенная амнезия);
- 4) заметно сниженный интерес к ранее значимым видам деятельности;
- 5) чувство отстраненности или отделенности от остальных людей;
- 6) сниженная выраженность аффекта (неспособность, например, к чувству любви);
- 7) чувство отсутствия перспективы.

Д Постоянные симптомы возрастающего возбуждения (не наблюдались до травмы), – наличие по крайней мере двух из нижеперечисленных:

- 1) трудности с засыпанием или плохой сон (ранние пробуждения);
- 2) раздражительность или вспышки гнева;
- 3) затруднения с сосредоточением внимания;
- 4) повышенный уровень настороженности, гипербдительность, состояние постоянного ожидания угрозы;
- 5) гипертрофированная реакция испуга.

Е Длительность протекания расстройства (симптомы в критериях В, С и D) – более чем 1 месяц.

Ф Расстройство вызывает клинически значимое тяжелое эмоциональное состояние или нарушения в социальной, профессиональной или других важных сферах жизнедеятельности (Diagnostic and Statistical Manual, 1995).

Появление ПТСР в клинических классификациях привело к необходимости выявления механизмов его возникновения и динамики. Изначально для этого использовались поведенческие теории. В частности, согласно теории классического и оперантного обусловливания (Mowrer, 1947), предполагалось, что как сама травма ведет к интенсивным эмоциям страха (классическое обусловливание), так и стимулы, напоминающие о ней (оперантное обусловли-

вание) При этом избегание стимулов, связанных с травмой, является подкреплением, мешающим угасанию связи между травматическим событием и пережитыми эмоциями. Однако данная теория не объясняла когнитивные феномены, входящие в синдром ПТСР: навязчивые мысли и образы, неожиданно возникающие «оживления» травматического опыта – флэшбэки (flash-backs) (Клиническое руководство..., 2008).

1.1. Посттравматический стресс как следствие нарушения процессов переработки информации

В теориях переработки информации исследуются представления о механизмах ПТСР, связанных с нарушениями когнитивных процессов, прежде всего – памяти и внимания. Ключевая идея заключается в том, что репрезентация и когнитивная переработка информации о травме имеет специфические особенности. Если процесс переработки не происходит должным образом, возникает посттравматическая психопатология.

В зарубежной литературе многие исследования посвящены проблеме когнитивного дефицита при ПТСР (Horowitz, 1976; van der Kolk, Fislser, 1995; Brewin et al., 1996; Vasterling et al., 1998; Ehlers, Clark, 2000; Murray et al., 2002; Halligan et al., 2002; Horner, Hamner, 2002; Halligan et al., 2003; Yehuda et al., 2004; McNally, 2006; Ehling et al., 2008). Современные нейрopsихологи связывают когнитивные нарушения у пациентов с ПТСР с характерным для них уменьшенным объемом гиппокампа (McNally, Shin, 1995).

Изменения характеристик внимания после травмы

Когнитивные исследования посттравматических состояний показывают, что индивиды с ПТСР характеризуются направленностью внимания на связанные с травмой стимулы в повседневных ситуациях (Chemtob et al., 1988; Litz, Keane, 1989). М. С. Курчакова в своем обзоре показывает, что вызванные потенциалы у ветеранов с ПТСР характеризуются более высокой амплитудой компонента Р3 средней линии в ответ на зрительные изображения военных действий, по сравнению с ветеранами без ПТСР (Курчакова, 2008). Это подтверждает точку зрения о том, что индивидуумы с ПТСР направляют больше внимания на связанную с травмой информацию, что в свою очередь может указывать на состояние сверхбдительности.

Проводя визуальную процедуру разрозненных стимулов, в которой в качестве стимулов использовались слова, связанные с травмой, М. С. Стенфорд с соавт. (Stanford et al., 2001) обнаружили, что мужчины-ветераны Вьетнама с ПТСР имели большие латеральные лобные амплитуды Р3 на слова, связанные с травмой, по сравнению с ветеранами без ПТСР. При этом не было выявлено различий между группами в амплитуде Р3 на социально угрожающие слова-дистракторы, что свидетельствует о специфической направленности внимания на информацию, связанную с травмой, а не на негативно окрашенную информацию в целом.

Для пациентов с ПТСР характерны специфические изменения характеристик внимания (Harvey et al., 1996). Изучались вызванные потенциалы (компонент Р3 средней линии) на слова, связанные с травмой, у мужчин и женщин с ПТСР в сравнении с контрольной группой в процедуре эмоционального варианта теста Струпа (Metzger et al., 1997). Слова, связанные с травмой, и позитивные слова, полученные в ходе интервью, в дальнейшем предъявлялись вместе со стандартизированными нейтральными словами на мониторе компьютера либо красным, либо синим цветом. Испытуемых инструктировали реагировать на цвет каждого слова и игнорировать его значение, при этом регистрировались время реакции и вызванные потенциалы. Так же, как и в других экспериментах со временем реакции (Kaspi et al., 1995; Vrana, Roodman, Weckham, 1995), пациенты с ПТСР медленнее реагировали на слова, связанные с травмой, подтверждая факт селективной направленности в обработке травматической информации. Наряду с этим, пациенты с ПТСР показали уменьшенные амплитуды Р3 ответа на все слова в лобных, центральных и теменных областях средней линии, обеспечивая электрофизиологическое подтверждение сложностей с вниманием при выполнении задания. Однако, в отличие от описанных выше исследований, в этой работе не удалось подтвердить факт увеличения амплитуды Р3 на стимулы, связанные с травмой. Авторы объясняют это сложностью задания, т. е. идентифи-

кации цвета слова при игнорировании его значения, и вероятностью того, что амплитуда ответа РЗ предварительно отражает распределение ресурсов внимания на идентификацию цвета.

Модели травматической памяти

Эмпирические исследования когнитивной сферы пациентов с ПТСР показали, что нарушения познавательных процессов при ПТСР сходны с таковыми при депрессии: для них характерны сложности в припоминании обстоятельств автобиографических событий. При этом в отношении припоминания обстоятельств, связанных с травмой, данные различных исследований расходятся: в одних показано, что для паттернов памяти, связанной с травмой, характерны яркость, детальность и живость образов; результаты других, наоборот, говорят о том, что травматические воспоминания являются смутными, недетализированными и зачастую имеют тенденцию к ложным воспроизведениям.

Другое свойство памяти при ПТСР – склонность к «флэшбэкам», т. е. к внезапным «оживаниям» травматического события, вплоть до сенсорных ощущений (звуков и прикосновений). При этом часто такие воспоминания бывают разобщенными и фрагментарными. «Флэшбэки» не вызываются усилием индивида по извлечению образов из памяти, а являются ответом на специфические триггеры, так или иначе напоминающие о травме (сирена, хлопок и т. д.).

Таким образом, нарушения памяти при ПТСР характеризуются в разных случаях как полной или частичной потерей памяти о травматическом событии, так и чрезмерно яркими, живыми воспоминаниями о нем (Buckley, Blanchard, Neill, 2000).

Мышление и интеллект при ПТСР

Исследования оперативной памяти показывают, что, по сравнению с пациентами с ПТСР, здоровые индивиды имеют более высокие показатели объема оперативной памяти и лучше справляются с задачами на подавление нежелательных мыслей (в экспериментальной ситуации) (Brewin, Beaton, 2002). Эти данные дают частичное объяснение тому факту, что низкий интеллект (который коррелирует с объемом рабочей памяти) является предиктором ПТСР.

В исследовании Д. Харта с соавт. (Hart et al., 2008) изучались когнитивные дисфункции (нарушения внимания, восприятия, скорости реакции пр.) и IQ у бывших военнопленных Второй мировой войны с ПТСР и без ПТСР. Участники с ПТСР имели средний уровень интеллекта, в то время как участники без ПТСР – выше среднего. Авторы пришли к выводу, что низкий IQ является предиктором развития посттравматического расстройства, в то время как отдельные когнитивные дисфункции являются атрибутом уже развившегося ПТСР.

Существуют данные о том, что люди с высокими показателями по когнитивным тестам значительно легче переносят тяжелые стрессовые ситуации, чем люди со средними показателями. Используя метод близнецов, М. Джилбертсон с соавт. (Gilbertson et al., 2006) представили убедительное свидетельство того, что дотравматическое когнитивное функционирование прогнозирует вероятность развития ПТСР вследствие влияния травматического события. В эксперименте приняли участие 4 группы испытуемых: мужчины, воевавшие во Вьетнаме, с ПТСР; их идентичные близнецы, не воевавшие во Вьетнаме, без ПТСР; мужчины, воевавшие во Вьетнаме, без ПТСР; их идентичные близнецы, не воевавшие, без ПТСР. Отмечено, что ветераны с ПТСР справились с батареей тестов IQ и других нейрокогнитивных тестов так же хорошо, как их идентичные братья, но хуже, чем ветераны без ПТСР и их идентичные близнецы. Это исследование предполагает несколько выводов: во-первых, само воздействие травмы оказывает малое влияние на IQ или не оказывает его вовсе; во-вторых, успешность выполнения данных тестов более опосредована генотипом; в-третьих, высокий интеллект является предик-

тором развития ПТСР: у лиц с высокими показателями IQ развитие ПТСР менее вероятно (Gilbertson et al., 2006).

Изучая соотношение довоенного интеллекта, текущего интеллекта и признаков посттравматического стресса у ветеранов Вьетнама, Маклин с соавт. обнаружили, что у лиц с меньшим довоенным интеллектом более вероятно развитие симптомов ПТСР (Macklin et al., 1998). Результаты этого исследования не поддержали гипотезу о том, что симптомы ПТСР снижают успешность выполнения интеллектуальных тестов, не было обнаружено значимой корреляции между выраженностью признаков посттравматического стресса и различием между довоенным и текущим интеллектом. В другой работе (Vasterling et al., 2002) показано, что ветераны Вьетнама с диагнозом ПТСР менее успешно справлялись с интеллектуальными задачами. Высокий преморбидный интеллектуальный ресурс коррелировал с более низким значением выраженности посттравматических симптомов по Миссисипской шкале (при статистическом контроле уровня интенсивности боевого опыта).

В лонгитюдном исследовании оценивался уровень интеллекта у шестилетних мальчиков центра и пригородов Детройта, а затем – подверженность травме и посттравматическому стрессу, когда им исполнилось 17 лет. Юноши, у кого IQ в шесть лет был выше 115, не имели уменьшенного риска подверженности травматическим событиям к 17 годам, но имели меньший риск возникновения ПТСР, если подвергались травме (McNally, 2006).

Таким образом, эмпирические результаты свидетельствуют о том, что соотношение между интеллектуальным функционированием и тяжестью симптомов ПТСР не может быть объяснено только приобретенным после травмы когнитивным дефицитом. Лица с относительно меньшим IQ имеют повышенный риск развития ПТСР.

В нашем исследовании (Падун, Лочехина, 2009) было показано, что у ветеранов боевых действий интеллект отрицательно коррелирует с выраженностью посттравматического стресса. При этом связь интеллекта и посттравматического стресса опосредована уровнем нейротизма: у участников боевых действий с высоким нейротизмом интеллект является предиктором выраженности посттравматических симптомов.

Мышление при ПТСР характеризуется навязчивыми мыслями о травматической ситуации, сопровождающимися попытками индивида подавить их. При этом показано, что подавление навязчивых мыслей сопряжено с более медленным выздоровлением от ПТСР (Dunmore et al., 2001).

Особенности переработки эмоциональной информации при ПТСР

П. Лэнгом (Lang, 1979) была предложена «теория эмоциональных сетей» для объяснения механизмов развития тревожных расстройств. На основании психофизиологических исследований было показано, что определенные виды мышечной активности взаимосвязаны с переживанием в воображении определенных действий и событий. При этом содержание образов, в свою очередь, вызывает физиологические реакции, которые связаны с эмоциональными реакциями (Lang, Melamed, Hart, 1970). Эти данные были интерпретированы Лэнгом как существование пропозициональных сетей, которые включают информацию о стимулах, семантическую информацию, соответствующую этим стимулам, информацию о реакциях на эти стимулы и программу эмоциональных реакций.

Индивиды с тревожными расстройствами, по Лэнгу, имеют дезадаптивные пропозициональные сети, которые содержат неадекватную семантическую информацию (например, переоценку опасности) и неадекватную информацию о реакциях (например, избегающее поведение). Такие пропозициональные сети позже были названы сетями страха (fear networks) (Фоа,

Kozak, 1986). Сети страха легко активируются под действием стимулов, имеющих сходство с их содержанием, и вызывают психофизиологические реакции.

Развивая теорию Лэнга, К. Чемтоб с соавт. (Chemtob et al., 1988) создали так называемую «теорию когнитивного действия» для объяснения феноменов ПТСР. В отличие от обычных фобий и других тревожных расстройств, у пациентов с ПТСР наблюдается устойчивое репереживание и высокий уровень возбуждения при воздействии даже отдаленно напоминающих опасность стимулов. У индивидов с ПТСР сети страха перманентно активированы, они активизируют также соответствующие ожидания-убеждения, что опасное событие обязательно должно произойти. В результате возникают симптомы вторжения, а те, в свою очередь, влекут за собой появление физиологических и соматических реакций, которые усиливают ощущение угрозы (механизм положительной обратной связи). Таким образом, даже слабые стимулы, связанные с угрозой, активируют когнитивную схему, которая приводит индивида к фокусированию исключительно на потенциально опасной информации и игнорированию остальных стимулов. Пациенты с ПТСР функционируют в режиме постоянной опасности, что, вероятно, является адаптивным для травматической ситуации, но нарушает повседневную жизнь.

Е. Фоа с соавт. (Foa et al., 1989) также развивали теорию Лэнга в приложении к ПТСР и старались отграничить когнитивные механизмы ПТСР от механизмов развития других тревожных расстройств. У индивидов с ПТСР сети страха характеризуются низким порогом активации и информацией об интенсивных психофизиологических реакциях. Излечение от ПТСР происходит тогда, когда сети страха интегрируются с другими ментальными репрезентациями. Для этого структуры травматической памяти должны пройти своего рода обработку: необходимо активировать сети страха в безопасных условиях, в терапевтическом процессе, постепенно снижая интенсивность реакций (процесс инкорпорации корректирующей информации).

Ценность описанных выше теоретических моделей прежде всего в том, что они привели к разработке методов психологической помощи при ПТСР. Однако в настоящее время более правдоподобным выглядит следующее объяснение механизмов снижения интенсивности симптомов ПТСР: травматические сети (т. е. репрезентации травматического опыта) остаются неизменными, а тревожные реакции купируются благодаря возникновению новых ментальных репрезентаций (LeDoux, 1998).

Дж. Джонс и Д. Барлоу (Jones, Barlow, 1990) считают, что этиология ПТСР и панического расстройства имеет много общего. У части людей, переживших травму, формируется так называемый «замкнутый круг тревоги»: они проявляют гипербдительность в отношении поступающей извне информации, произвольно выискивают в ней связанные с травмой (т. е. опасные) сигналы (подобно тому как пациенты с паническим расстройством «сканируют» свое тело на предмет физических симптомов). Нахождение таких сигналов (например, заинтересованный взгляд мужчины-прохожего на женщину, пережившую сексуальное насилие) интенсифицирует симптоматику гипервозбуждения, которое имеет стойкую ассоциацию с состоянием во время травматической ситуации. В результате индивид повторно переживает травматические ощущения, что в свою очередь подкрепляет симптоматику избегания любых эмоциогенных стимулов, например, через эмоциональный намбинг (оцепенение).

К нарушениям когнитивных процессов при ПТСР также относят использование дисфункциональных когнитивных копинг-стратегий. Эмпирически доказано, что такие копинг-стратегии, как избегание и подавление травматических воспоминаний, удлиняют период выздоровления от ПТСР (Dunmore et al., 2001). Кроме того, руминация (умственная жвачка, навязчивое обдумывание травматической ситуации) как когнитивная копинг-стратегия является предиктором ПТСР (Ehlers et al., 1998).

В целом можно заключить, что теории ПТСР, связывающие его механизмы с нарушением функции переработки информации, фокусируются на исследовании роли основных когнитивных процессов в развитии расстройства. Направленность внимания, процессы формирования

ментальных репрезентаций, запоминание и воспроизведение событий, связанных с сильными эмоциями страха и ужаса, у людей, страдающих посттравматическими симптомами, действительно имеют свою специфику. Однако, на наш взгляд, в большинстве рассмотренных теорий переработки информации феномен травмы представлен крайне узко: травматическое переживание изымается из смыслового, мировоззренческого, межличностного контекста.

1.2. Нарративная модель посттравматических нарушений

Одно из направлений исследований психической травматизации состоит в изучении травматического опыта с помощью анализа нарративов. В нарративной теории и методологии предполагается, что рассказываемая человеком жизненная история не есть только некий текст, представленный самому себе или другому, но и способ формирования идентичности человека, интеграции его опыта.

Считается, что психически здоровый человек способен создать когерентный, осмысленный и динамический нарратив о себе. Напротив, фрагментарные, слабодоступные для понимания нарративы характерны для людей с эмоциональными нарушениями (Tuval-Mashiach et al., 2004).

Одной из характеристик посттравматического состояния является снижение способности вербализовать свой опыт. Травма «разрывает» постепенный и последовательный ход жизни. Этот разрыв отражается в рассказе человека о себе и своей жизни. Существует точка зрения, что словосочетание «травматический опыт» вообще не имеет смысла, ибо опыт есть процесс дискурсивный (van Alphen, 1999). Травма нарушает деятельность аффективно-когнитивных процессов, благодаря которым опыт интегрируется в структуры памяти. Травматическое воздействие слишком интенсивно для того, чтобы быть переработанным и интегрированным психикой. В результате происходит диссоциация: отщепление части опыта от сознания. Человеку, пережившему травму, трудно найти слова и значения, чтобы передать свои переживания, он как будто лишается способности к символизации опыта и к коммуникации в целом (Korf, 2008). Однако в то же самое время для пережившего травму характерна потребность в создании нарратива: в человеке борются две разнонаправленные тенденции: стремление рассказать и защитная потребность в отрицании, избегании и подавлении.

Диссоциация приводит к спутанности, дезорганизации нарратива, которые могут выражаться в повторении отдельных слов или целых предложений, в незаконченных фразах, в частом употреблении междометий. Кроме того, показано, что нарративы у травмированных людей длиннее, чем у нетравмированных, за счет характерных для них повторений (Foa et al., 1995; Harvey, Bryant, 1999).

Способность индивида написать последовательный и целостный рассказ о травматическом событии коррелирует с успешным совладанием с травмой (Pennebaker, Susman, 1988; Gidron et al., 2002). В качестве основной характеристики нарратива выделяется комплексность нарративного материала. Комплексность нарратива определяется целостностью повествования, организованностью, структурированностью, согласованностью излагаемых фактов.

Уровень комплексности нарратива, определяемый по специальной компьютерной программе, отрицательно связан с интенсивностью посттравматических симптомов (Amir et al., 1998). Показано также, что изменения нарративов в процессе психотерапии коррелируют со снижением симптоматики ПТСР (Foa et al., 1995; van Minnen et al., 2002).

Р. Тувал-Машиач с соавт. (Tuval-Mashiach et al., 2004) были выделены следующие характеристики посттравматических нарративов: 1) связность и целостность; 2) осмысленность (способность найти смысл события и ответить на вопросы «Почему это случилось со мной?», «Почему это произошло сейчас?» и т. д.); 3) оценка себя в контексте травматического события: степень способности контролировать ситуацию; степень вины и ответственности; активность—пассивность. Авторы предполагают, что характеристики нарратива, полученные сразу после травмы, дают возможность прогнозировать ход совладания с травмой и конкретизировать фокус терапевтической работы.

Изучение нарративов у людей, переживших автокатастрофу (Jones et al., 2007), показало, что характеристики нарратива о травме (количество повторений, не относящиеся к повест-

вованию междометия и когерентность), полученные через неделю после события, способны выступать в качестве предикторов интенсивности симптомов ПТСР спустя 3 месяца. Нарративы детей 7–15 лет (Kenardy et al., 2007), переживших различного рода травмы, последствием которых стала госпитализация, различались в зависимости от переживаемых ими симптомов ПТСР: дети, в нарративах которых отмечались нарушения временной последовательности, демонстрировали более интенсивные симптомы ПТСР через 4–7 недель после события; дети, нарративы которых сопровождалось подавлением эмоций, в большей степени страдали от гипервозбуждения.

Репрезентации травматических переживаний, как правило, имеют очень сложную структуру. Это приводит к отсутствию единого мнения среди ученых по поводу методов изучения травматического опыта. Результаты так называемых «тематических исследований» (thematic assessment) травматических переживаний (Roth, Newman, 1991; Roth, Batson, 1993; Roth et al., 1996) подтверждают центральную роль травматических тем в понимании посттравматических симптомов и указывают на важность исследования этих тем в процессе психотерапевтической помощи.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.