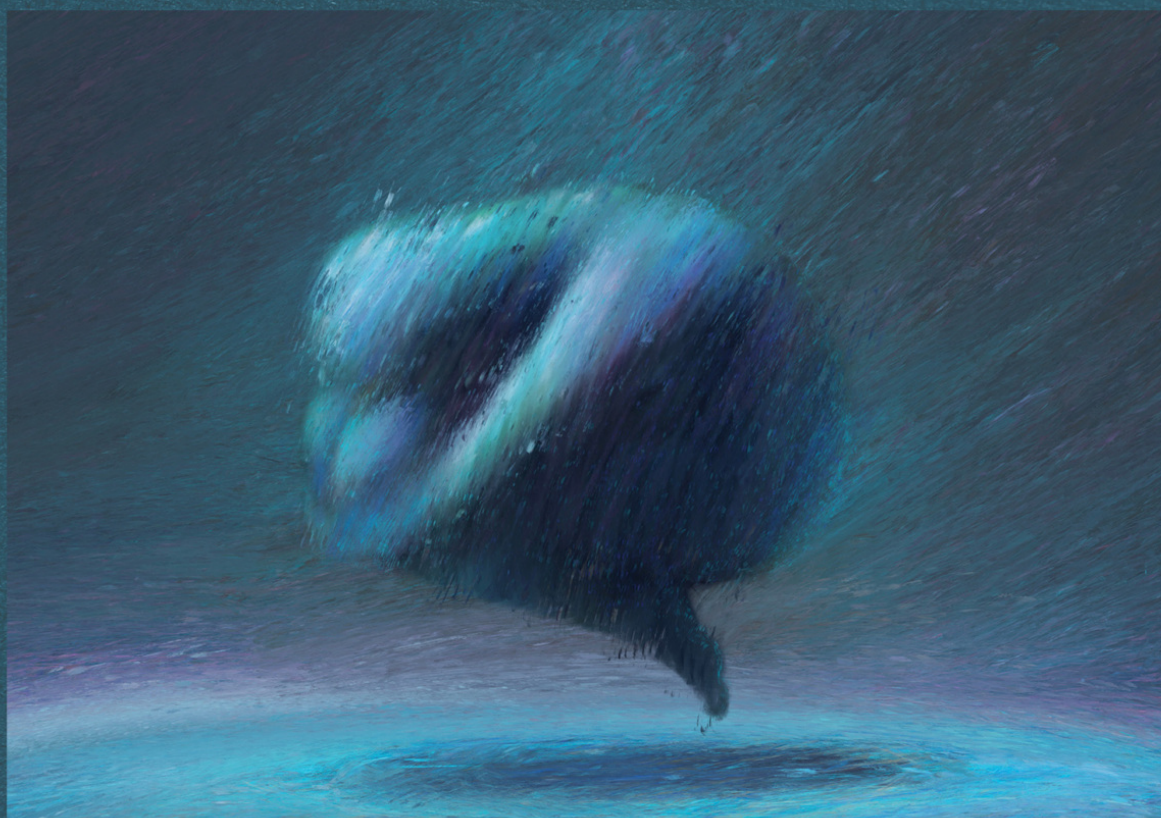


*Более 20 лет бестселлер по лечению
посттравматического стрессового расстройства*

Воспоминания Тела

Психофизиология и терапия
психологической травмы



БАБЕТТА РОТШИЛЬД

психотерапевт

 **БОМБОРА**
ИЗДАТЕЛЬСТВО

Травма и исцеление. Истории психотерапевтов

Бабетта Ротшильд

**Воспоминания тела.
Психофизиология и терапия
психологической травмы**

«ЭКСМО»

2020

УДК 616.89
ББК 56.14

Ротшильд Б.

Воспоминания тела. Психофизиология и терапия психологической травмы / Б. Ротшильд — «Эксмо», 2020 — (Травма и исцеление. Истории психотерапевтов)

ISBN 978-5-04-190235-3

В своей книге Бабетта Ротшильд, всемирно известный психотерапевт с 40-летним опытом клинической практики, описывает роль телесных ощущений и реакций, которые возникают после пережитых травм и стресса. Соединив в терапии вербальный и телесно-ориентированный подходы, клиницист предлагает не требующую прикосновений методику работы с телом и его воспоминаниями для лечения посттравматического стрессового расстройства. В формате PDF А4 сохранен издательский макет книги.

УДК 616.89
ББК 56.14

ISBN 978-5-04-190235-3

© Ротшильд Б., 2020
© Эксмо, 2020

Содержание

Слова благодарности	6
Введение	7
Наводя мосты	8
Для работы с телом прикосновения не обязательны	10
По вопросу дискуссий о ложных воспоминаниях	11
Как построена эта книга	12
Отступление	13
Часть I	14
1	14
Чарли и собака. Часть I	14
Симптоматика ПТСР	16
Чем отличаются стресс, травматический стресс, ПТС и ПТСР	17
Выживание и нервная система	17
Защитная реакция на память об угрозе	22
Диссоциация, оцепенение и ПТСР	22
Последствия травмы и ПТСР	23
Конец ознакомительного фрагмента.	24

Бабетта Ротшильд

Воспоминания тела. Психофизиология и терапия психологической травмы

Copyright © 2000 by Babette Rothschild

© Цветкова Е., перевод на русский язык, 2023

© Оформление. ООО «Издательство «Эксмо», 2023

* * *

Посвящается Марджи

Слова благодарности

Любой сложный проект – в данном случае написание книги на профессиональную тему – нельзя реализовать без помощи, вдохновения и советов со стороны. Невозможно упомянуть по отдельности всех тех, кто встретился мне за двадцать восемь лет моего пути в психотерапии и внес в него свой вклад. Поэтому я хотела бы поблагодарить каждого из моих учителей, всех терапевтов, супервайзеров и исследователей, которые помогли мне сформировать мои взгляды и выразить их в ясной и доступной форме. Тех, кто больше всего повлиял на мои воззрения относительно теории травмы и путей ее излечения, вы найдете в ссылках, которые я даю непосредственно на страницах данной книги. Тем не менее я хотела бы особо отметить Лисбет Марчер и ее коллег из Датского института бодинамики, Питера Левина и Бессела ван дер Колка. Они оказали глубокое влияние на эволюцию идей, изложенных на этих страницах. Я также хотела бы выразить свою благодарность многочисленным стажерам, студентам и клиентам, которые внесли свой вклад, малый или большой, в содержание этой книги. Я многому научилась – и продолжаю учиться – у тех, кого мне посчастливилось обучать и лечить.

Я хотела бы выразить особую благодарность Карен Берман, Дэнни Бромю, Элисон Фримен, Майклу Гэвину, Дэвиду Гриллу, Джону Мэю, Ивонн Паркинс, Джине Росс и Симе Джулиар Стэнли за их жесткие критические замечания по поводу рукописи книги. Кроме того, я хочу поблагодарить Карин Райнс, пишушую на темы естественных и медико-биологических наук, за то, что она была таким замечательным «тренером» на протяжении всего этого проекта. Ее знание писательского дела, а также сверхъестественное чутье, когда нужно подбадривать, а когда упрекать, были бесценны.

Я считаю себя очень удачливым автором, поскольку моим издателем является *Norton Professional Books*. Я читала множество благодарственных отзывов моему редактору Сюзан Манро, а теперь на опыте знаю, о чем все говорили. В дополнение к тому, что она квалифицированный и терпеливый редактор, обладающий непревзойденным чувством юмора, ее знание моей темы и соответствующей профессиональной литературы явились для меня неоценимым преимуществом. На самом деле все мои контакты с сотрудниками *WW Norton* по обе стороны Атлантики служили для меня источником вдохновения. Благодаря каждому из них написание этой книги превратилось в удовольствие.

Введение

Данная книга является дополнением к уже существующим книгам по теории и лечению травмы и посттравматических стрессовых расстройств, а также к уже известным методам исцеления травмы. Я надеюсь, что она не только предложит иной взгляд на понимание и лечение травмированного *тела*, но и внесет свою лепту в уже устоявшиеся знания и методики лечения травмированного *разума*. Психотерапевты, работающие с клиентами, перенесшими травму, обнаружат, что теория, принципы и методы, представленные на этих страницах, полностью соответствуют и применимы к тем моделям терапии, которым они уже обучены. Кроме того, они, безусловно, увидят, что представленная здесь информация может быть легко использована и адаптирована и не требует отказа от предпочтительных для них принципов или методов лечения.

Наводя мосты

Это произведение задумано как книга, наводящая мосты. Я надеюсь тем самым преодолеть по крайней мере две глубокие пропасти в понимании травмы. Первый мост перекрывает разрыв между теорией, разработанной учеными, особенно в области нейробиологии, и клинической практикой психотерапевтов, непосредственно работающих с травмированными индивидуумами и группами. Второй мост призван соединить традиционную вербальную психотерапию и телесно-ориентированную психотерапию.

Бреши между традиционной психотерапией и телесной психотерапией, между теорией и практикой, разумом и телом уже давно внушают мне беспокойство. Я все чаще обнаруживаю, что посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) настоятельно требует устранения этих пробелов. Даже самые консервативные терапевты и исследователи признают, что ПТСР представляет собой не просто психологическое состояние, а расстройство с важными соматическими составляющими. Более того, все профессионалы, работающие с посттравматическим стрессовым расстройством, чувствуют потребность в расширении своей теоретической базы и практического инструментария. И психотерапевты, и специалисты в области телесно-ориентированной психотерапии вынуждены уделять внимание нейробиологической теории, учитывать и лечить соматические симптомы. Телесно-ориентированные психотерапевты, в свою очередь, вынуждены искать способы работать без прикосновений к клиенту и усиливать вербальную интеграцию. Что касается ученых-исследователей, то они стоят перед задачей установления актуальных связей между теорией и практикой. Я надеюсь, что эта книга внесет свой вклад в преодоление обозначенных пробелов и решение необходимых задач.

Наука против практики

«Ширится пропасть между лабораторией и кушеткой», – гласил заголовок статьи в разделе «Женское здоровье» газеты *New York Times* от 21 июня 1998 года (Tavris, 1998). Большинство психотерапевтов знало об этом, но многие из моих коллег были удивлены, столкнувшись с подобной критикой в печати, и многие из специалистов были этим оскорблены. Автор статьи, Кэрол Таврис, утверждала, что «понятие „психологическая наука“ – это оксюморон». Она критиковала практиков за то, что те обращали слишком мало внимания на науку, уделяя больше внимания технике, нежели теории. Большинство профессионалов, с которыми я разговаривала, были согласны с Кэрол Таврис в том, что научная теория обычно слишком далека от практики, чтобы как-то влиять на то, что происходит, когда они находятся один на один с клиентом. Однако, на мой взгляд, этот разрыв между ученым и практиком носит скорее семантический, нежели принципиальный характер. Язык научной литературы часто сложен для чтения и понимания, и потому его трудно перевести на язык практики, хотя многое из того, что предлагается учеными, чрезвычайно актуально.

В данной книге я постаралась изложить научную теорию в легкодоступной форме так, чтобы ее можно было без труда внедрить в практику. Тем самым я надеюсь сократить пропасть между ученым-нейробиологом или исследователем поведения, изучающими феномен травмы, и психотерапевтом, работающим непосредственно с клиентом, пережившим травму.

Теория – это самый ценный инструмент психотерапевта, работающего с травмой, поскольку понимание механизмов травмы, предлагаемое психологической, нейробиологической и психобиологической наукой, значительно облегчает процесс лечения. Чем шире теоретическая база терапевта, тем меньше он будет зависеть от техник и методик, заученных наизусть. Глубокое понимание неврологических и физиологических основ реакции на травму и развития ПТСР позволяет на месте разработать и/или адаптировать методики, которые будут

действенны для конкретного клиента, пережившего конкретную травму. Кроме того, теоретическая база поможет психотерапевтам применять методы, освоенные ими в различных дисциплинах, выбирая и совершенствуя те из них, которые имеют больше шансов на успех в данной уникальной ситуации. Психотерапевт, хорошо разбирающийся в теории, способен адаптировать терапию под клиента, а не предполагать, что клиент «подстроится» под метод терапии.

Психотерапия vs телесная психотерапия

Я надеюсь также, что эта книга наведет мосты между терапевтами-практиками в области традиционной вербальной психотерапии и специалистами в области телесно-ориентированной психотерапии. Я считаю, что эти две профессиональные группы могут многое предложить друг другу в лечении травмы и ПТСР. Первым стимулом для преодоления этой пропасти явилась для меня основополагающая статья Бессела ван дер Колка «Тело ведет счет» (*The Body Keeps the Score*) в журнале *Harvard Review of Psychiatry* (van der Kolk, 1994). Именно в этой работе я впервые обнаружила, что современное течение психиатрии признает связь между разумом и телом. Кроме того, несомненным источником вдохновения для меня стала книга Антонио Дамасио «Ошибка Декарта» (*Descartes' Error*, 1994). В этом новаторском исследовании изложены теоретические неврологические основы связи разума и тела. Обе эти работы сформировали базу моего понимания психофизических, нейробиологических взаимоотношений между умом и телом. Кроме того, недавние работы Перри, Полларда, Блейкли, Бейкера и Виджиланте (1995), Шора (1994, 1996), Сигела (1996, 1999), ван дер Колка (1998) и других о детской привязанности, развитии мозга и системах памяти имеет огромное значение для нашего понимания того, как травма способна настолько негативно повлиять на нервную систему, что у человека может развиваться посттравматическое стрессовое расстройство.

Преодоление разрыва между вербальной и телесной психотерапией дает возможность использовать лучшие ресурсы от обеих, вместо того чтобы выбирать между ними. Комплексная терапия травмы должна принимать в расчет и использовать инструменты для выявления, понимания и лечения последствий травмы, которые работают как для ума, так и для тела. При этом речь, безусловно, играет здесь немаловажную роль. Соматические нарушения, вызванные травмой, требуют определенного языкового стиля, чтобы осмыслить их, понять значение и устранить их воздействие. При исцелении травмы крайне важно уделять внимание как телу, так и разуму; одно без другого просто невозможно.

Для работы с телом прикосновения не обязательны

Работа с телом и прикосновение к телу не являются и не должны быть синонимами, когда речь идет о психотерапии, в том числе о телесно-ориентированной. Есть много способов работать с клиентом на физическом уровне, используя важные аспекты мышечной, поведенческой и сенсорной информации, без нарушения телесной неприкосновенности.

Есть много причин, по которым лучше не использовать прикосновение как часть психотерапевтического или телесно-ориентированного психотерапевтического лечения. Помимо очевидных опасений по поводу возможного переноса, существует вопрос уважения границ клиента, особенно в отношении тех, кто подвергся физическому или сексуальному насилию. В равной степени заслуживают внимания личные предпочтения клиента и личные приоритеты терапевта. Кроме того, многие страховки от врачебной ошибки не включают в себя методы лечения, использующие прикосновение, и лицензионные комиссии большинства штатов США запрещают это. Не поймите меня неправильно. Я не максималистка. В некоторых случаях, я думаю, разумное прикосновение, по обоюдному согласию клиента и терапевта, может быть полезным, однако в этой книге я сосредоточусь на техниках работы с телом, которые не включают в себя физических касаний, поскольку именно такие техники, на мой взгляд, лучше всего подходят для работы с клиентами, которые пережили травматическое событие.

По вопросу дискуссий о ложных воспоминаниях

Данная книга *не* о ложных воспоминаниях, и я не делаю в ней никаких заявлений по поводу существующих противоречий по этому вопросу и не стремлюсь их разрешить. Однако, поскольку данное исследование затрагивает темы памяти и травмы, я не могу не высказать свое мнение по этому сложному и взрывоопасному вопросу.

Мое мнение носит инклюзивный характер: я считаю, что ранние воспоминания о травме иногда могут быть восстановлены с относительной точностью, и я также в равной степени убеждена, что порой ложные воспоминания могут быть непреднамеренно созданы или поощрены как психотерапевтом, так и клиентом. Я была свидетелем таких примеров как с клиентами, так и со стажерами, друзьями, членами семьи и даже с собой.

Соматическая память, которой отводится главное место в этой книге, на мой взгляд, не более и не менее надежна, чем любая другая форма памяти, о чем я расскажу подробно в дальнейшем. Соматические воспоминания могут быть непрерывными, но они точно так же могут «забываться», как и воспоминания когнитивные. Они точно так же могут быть искажены, поскольку именно разум интерпретирует и истолковывает – в случае травмы неверно – послание тела. Кроме того, разум испытывает на себе множество различных влияний, которые со временем могут изменить точность воспоминания.

Хотя я не предлагаю никаких решений обозначенного противоречия, я надеюсь, что моя книга окажется полезной в двух следующих аспектах: 1) заставит психотерапевта быть более внимательным и осторожным в отношении риска ложных воспоминаний и 2) предложит инструменты для выявления, понимания и интеграции действительных телесных воспоминаний.

Международное общество по изучению травматического стресса уже несколько лет пытается найти решение по данной дискуссии. В 1998 году она опубликовала монографию по данному вопросу «Воспоминания при детской травме» (*Childhood Trauma Remembered*, ISTSS, 1998). Эта краткая публикация подходит к рассмотрению вопроса взвешенно, и я настоятельно рекомендую ее к прочтению.

Как построена эта книга

Книга состоит из двух основных разделов. Часть I, *Теория*, дает теоретические основы для понимания того, как человеческий разум и тело обрабатывают, записывают и запоминают травмирующие события, а также что может препятствовать или способствовать этому. В нее включены современные и наиболее убедительные данные из области нейробиологии и психобиологии, а также научные теории, которые выдержали испытание временем. Во второй части, *Практика*, представлены стратегии оказания помощи как травмированному телу, так и травмированному разуму. В ней предлагаются бесконтактные методики, помогающие людям, пережившим травму, разобраться в своих соматических симптомах и облегчить их. Предлагаемые методики совместимы и применимы в любой модели психотерапии, нацеленной на работу с людьми, пережившими травму.

Отступление

Изучение механизмов травмы, посттравматического стрессового расстройства и памяти развивается такими быстрыми темпами, что за ним невозможно угнаться. Иногда между научными группами возникают серьезные разногласия. Вопросы о том, что вызывает и что лечит ПТСР, а также как функционируют системы памяти, являются предметом широких дискуссий. Теории, поддерживаемые исследованиями одной группы, оспариваются другой, и наоборот. Не нам судить, хорошо это или плохо, однако, по крайней мере, в вопросах травмы и памяти наука, похоже, придерживается вполне определенного мнения. В связи с этим в книге вы найдете мои рассуждения, основанные на порой противоречащих друг другу теориях. На этих страницах вы не встретите однозначных истин, потому что таких еще просто не существует. Однако я надеюсь, что вы почерпнете для себя много полезного, что заставит вас задуматься и позволит составить уже свое собственное мнение.

Невролог Антонио Дамасио красноречиво высказывает аналогичные мысли в своем введении к «Ошибке Декарта». Я считаю, что его слова заслуживают того, чтобы их здесь привести: «Я скептически отношусь к научной презумпции объективности и определенности. Мне трудно воспринимать научные результаты, особенно в нейробиологии, как нечто иное, нежели чем ориентировочные аппроксимации, которыми можно наслаждаться некоторое время и отбрасывать, как только станут доступны более точные описания» (1994, стр. xviii).

Эта книга короткая и минималистичная, поскольку я хочу, чтобы у всех, кому интересно, было время на ее изучение. Вы найдете здесь понятные теории и применимые методы, которые будут полезны многим, хотя и не всем, вашим клиентам – то, что я считаю лучшими из (как сказал бы Дамасио) существующих на данный момент аппроксимаций.

Часть I Теория

1

Что такое посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) Влияние травмы на тело и ум

Если верно то, что в основе расстройств наших травмированных пациентов лежит их неспособность анализировать происходящее, когда они повторно испытывают физические ощущения пережитой в прошлом травмы, и эти ощущения вызывают интенсивные эмоции, которые пациент не в состоянии модулировать, тогда наша терапия должна состоять в том, чтобы помочь человеку, оставаясь в своем теле, понимать эти телесные ощущения. И разумеется, это не похоже на какую-либо из традиционных психотерапий, которой нас всех когда-то учили.

Бессел ван дер Колк (1998)

В качестве иллюстрации того, что тело помнит травматические переживания, я привожу рассказ «Чарли и собака»¹. Он разбит на несколько частей: в первой рассказывается о травматическом событии, пережитом Чарли, и связанных с ним соматических и психологических симптомах. В последующих главах даются подробные описания тех методов и техник, которые помогли Чарли преодолеть последствия травматического инцидента. Кроме того, ссылки на историю Чарли будут пронизывать весь текст книги, формируя общую нить, соединяющую теоретические и практические элементы нарратива.

Чарли и собака. Часть I

Несколько лет назад Чарли совершал воскресную прогулку и в приятном расположении духа ехал на велосипеде по проселочной дороге. Внезапно его настрой изменился: за ним вдогонку, с яростным лаем, бросилась большая собака. Сердцебиение Чарли участилось, во рту пересохло, а в ногах внезапно появились сила и мощь, которых он не знал никогда прежде. Он крутил педали все быстрее и быстрее, но собака не отставала и держась с ним наравне. В конце концов собака догнала Чарли и укусила его за правое бедро. Когда Чарли упал с велосипеда, собака продолжала лаять, наскакивая на него. Чарли потерял сознание. К счастью, он упал в людном месте, и несколько человек бросились ему на помощь, прогнали собаку и вызвали скорую помощь. Нога Чарли зажила быстро, чего нельзя было сказать о его психике и нервной системе. Один только вид любой собаки, даже запертой в доме, за дверью, окном и забором, заставлял Чарли покрываться холодным потом, у него пересыхало во рту, и он падал в обморок. После того случая он держался подальше от всех собак, даже от домашних питомцев своих друзей. Завидев собаку, будь то на тротуаре или за забором, он переходил на другую

¹ В целях конфиденциальности и защиты частной жизни вся идентифицирующая информация была изменена в каждом примере кейса или записи сеанса, на протяжении всей книги. По той же причине многие из представленных здесь кейсов на самом деле составлены из нескольких кейсов, в каждом из примеров сохранены лишь основные принципы и направленность проведенной терапии.

сторону улицы. Разумеется, он никогда даже не пытался погладить животное или заговорить с ним. Время шло, и жизнь Чарли, в его постоянных попытках избежать любых контактов с собаками, становилась все более ограниченной и неполноценной.

Однажды во время занятий в реабилитационном центре Чарли неожиданно столкнулся со своим худшим страхом. Он сидел, удобно устроившись на подушке, и слушал лекцию, сосредоточившись на лекторе (который стоял слева от него) и не обращая никакого внимания на свое окружение. Без ведома Чарли к группе присоединился пес-талисман центра по имени Рафф. Пес тихо подошел с правой стороны от Чарли (вне поля его зрения), лег и осторожно положил голову на правую ногу Чарли в надежде, что его погладят. Чарли, почувствовав тяжесть на правой ноге, посмотрел вниз и краем глаза заметил Раффа. Он тут же замер, почувствовав панику. Во рту у Чарли пересохло, сердцебиение участилось, а конечности одеревенели до такой степени, что он был совершенно не в состоянии двигаться. Он едва мог говорить.

Реакция Чарли на Раффа шла не только из его головы. На рациональном уровне Чарли помнил, что на него однажды напала собака, и он знал, что боится собак. Он также понимал, что пес не напал и не собирался нападать на него. Но все его рациональные мысли, казалось, не имели никакого влияния на его нервную систему. Тело Чарли отреагировало так, как будто на него снова напали или собирались напасть. Его буквально парализовало. Что произошло в мозгу и теле Чарли, вызвав такую экстремальную реакцию при отсутствии реальной угрозы? Почему Чарли не мог пошевелиться или оттолкнуть собаку? Почему у него по-прежнему пересыхало во рту и выступал холодный пот при одном только виде собаки, даже когда та была на значительном расстоянии и заперта? Что можно было сделать, чтобы прекратить эти экстремальные реакции на собак? Ответы на эти вопросы и составляют содержание данной книги.

Исходные постулаты

Травма – это психофизическое переживание, даже если травматическое событие не причиняет прямого телесного вреда. То, что травматические события наносят ущерб как телу, так и психике, является хорошо задокументированным и согласованным выводом психиатрического сообщества, что официально удостоверено в четвертом издании Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам Американской психиатрической ассоциации (DSM-IV). В списке симптомов посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) в качестве основных указаны «постоянные симптомы повышенного возбуждения» со стороны вегетативной нервной системы (ВНС) (APA, 1994). Тем не менее, несмотря на множество исследований и публикаций по нейробиологии и психобиологии стресса, травмы и ПТСР, у психотерапевтов до сих пор было довольно мало инструментов для исцеления травмированного тела, равно как и травмированной психики. Что касается тела, то здесь основное внимание, как правило, уделялось симптомам тревожности при ПТСР, возникающим в результате адаптации, и необходимости фармакологического вмешательства. Использование самого тела в качестве возможного ресурса при лечении травмы изучалось редко. Соматическая память была признана отдельным явлением (van der Kolk, 1994), однако при этом появилось лишь небольшое количество научно обоснованных теорий и стратегий для ее выявления и использования в терапевтическом процессе.

В понимании того, как мозг и тело обрабатывают, запоминают и сохраняют травмирующие события, лежит множество ключей к исцелению травмированного тела и психики. В некоторых случаях в борьбе с последствиями травмы эффективными могут быть прямые соматические вмешательства, если они используются в качестве дополнения к существующим методам лечения травмы. Кроме того, различные соматические методы могут применяться с целью стабилизировать темпоритм терапевтического процесса, делая его более устойчивым. Внимание к соматической стороне травмы не требует от психотерапевта изменения его подхода или фокуса

терапии. Предлагаемые здесь методики могут быть использованы или адаптированы в рамках существующих моделей психотерапии травмы, расширяя и улучшая то, что уже применяется в их контексте.

Симптоматика ПТСР

Посттравматическое стрессовое расстройство нарушает нормальную жизнедеятельность человека, влияя на его способности удовлетворять базовые повседневные потребности и выполнять самые простые задачи. При ПТСР травматическое событие не формируется в воспоминание и не откладывается в памяти, как другие жизненные события. Травма продолжает вторгаться в жизнь своих жертв в виде визуальной, слуховой и/или иной соматической реальности. Снова и снова людям приходится переживать те опасные события, ментально и телесно реагируя так, словно они все еще происходят. ПТСР – это сложное психофизиологическое состояние. Оно обычно возникает в результате переживаний, связанных с опасностью для жизни, когда психологические и соматические стрессовые реакции сохраняются на протяжении длительного времени после того, как само травматическое событие уже прошло.

Существует ошибочное мнение, что ПТСР развивается у любого человека, пережившего травматическое событие. Это не соответствует истине. Результаты исследований могут варьироваться, но в целом они подтверждают, что ПТСР развивается лишь у части тех, кто столкнулся с подобными инцидентами, – около 20 % (Breslau, Davis, Andreski, & Peterson, 1991; Elliott, 1997; Kulka et al., 1990). Каковы особенности людей, не развивших ПТСР при сходном опыте, все еще остается темой дискуссий, однако можно увидеть вполне определенные закономерности. Неклинические факторы, которые опосредуют травматический стресс, по всей видимости, включают в себя: подготовку к ожидаемому стрессу (насколько это возможно), успешные реакции «бей или беги», особенности истории развития человека, систему убеждений, предыдущий опыт, внутренние ресурсы и поддержку (со стороны семьи, сообщества, социальных сетей).

В истории психологии ПТСР является относительно новой диагностической категорией. Впервые она появилась в 1980 году, в третьем издании признанного авторитетного руководства по психологии и психодиагностике «Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам», (DSM-III; APA, 1980). Тогда понятие того, что может вызвать ПТСР, было довольно ограниченным: ПТСР определялось как результат опыта, который любой считал бы травмирующим. У такого определения было по крайней мере два уязвимых момента: оно не оставляло места для индивидуального восприятия или переживания события и позволяло ошибочно предполагать, что в результате такого события посттравматическое стрессовое расстройство разовьется у каждого. Принятое в настоящее время определение, пересмотренное в DSM-IV (APA, 1994), гораздо шире. Это определение учитывает, что ПТСР может развиваться у человека в ответ на три типа событий: (1) инциденты, которые представляют или воспринимаются как угрожающие собственной жизни или физической неприкосновенности; (2) когда человек становится свидетелем актов насилия по отношению к другим или (3) слышит о насилии или неожиданной или насильственной смерти близких людей. События, которые могут квалифицироваться как травмирующие как для взрослых, так и для детей, согласно DSM-IV, включают в себя: боевые действия, сексуальное и физическое насилие, взятие в заложники или заключение в тюрьму, терроризм, пытки, природные и техногенные катастрофы, несчастные случаи и диагноз опасного для жизни заболевания. Кроме того, DSM-IV отмечает, что ПТСР может развиваться у детей, которые подверглись сексуальному домогательству, даже если это не опасно для жизни. В нем, кроме того, уточняется: «Расстройство может быть особенно тяжелым или длительным, когда источником стресса является человеческий фактор (например, пытки, изнасилования)» (APA, 1994, с. 424).

Симптомы, которые относят к ПТСР, включают в себя: (1) повторное переживание события в различных сенсорных формах (флешбэки), (2) избегание напоминаний о травме и (3) хроническое повышенное возбуждение вегетативной нервной системы (ВНС). DSM-IV признает, что такие симптомы являются нормальными, если они проявляются непосредственно после травматического события. ПТСР может впервые диагностироваться, когда указанные симптомы длятся более одного месяца и сочетаются с нарушением нормального функционирования человека в таких областях, как работа или социальные отношения.

В основе ПТСР лежит соматическое расстройство, при котором люди испытывают многие из тех же пугающих телесных симптомов, которые были характерны для чрезмерного возбуждения ВНС, испытанного ими во время травматического инцидента (как это было с Чарли): учащенное сердцебиение, холодный пот, учащенное дыхание, гипервозбудимость, сверхбдительность и гипертрофированная реакция испуга (нервозность). При хроническом течении эти симптомы могут привести к нарушениям сна, потере аппетита, сексуальной дисфункции и трудностям с концентрацией внимания, которые являются дополнительными признаками ПТСР. DSM-IV признает, что симптомы ПТСР могут вызываться как внешними, так и внутренними напоминаниями о травмирующем событии, и предупреждает, что одни соматические симптомы могут сами по себе вызвать реакцию ПТСР. ПТСР может породить весьма порочный круг.

Чем отличаются стресс, травматический стресс, ПТС и ПТСР

Ганс Селье определил стресс как «неспецифическую реакцию на любое требование извне» (Selye, 1984, с. 74). Обычно рассматриваемый как реакция на негативный опыт, стресс, тем не менее, может быть результатом переживания желаемого позитивного опыта, такого как брак, переезд, смена работы и отъезд из дома на учебу в колледж.

Крайняя форма стресса – это, разумеется, стресс, вызванный травматическим инцидентом, – *травматический стресс*. *Посттравматический стресс* (ПТС) – это травматический стресс, который сохраняется после травматического инцидента (Rothschild, 1995a). Термин «посттравматическое стрессовое *расстройство*» (ПТСР) может применяться только тогда, когда посттравматический стресс накапливается до такой степени, что вызывает симптомы, описанные в DSM-IV. Посттравматическое стрессовое расстройство подразумевает высокий уровень повседневных функциональных нарушений. Хотя подтвержденной статистики нет, можно догадаться, что существует также значительное число людей, переживших травму и имеющих ПТС, которые оказались между двух огней – они не оправились полностью от своих травм, но тем не менее не развили в себе дисфункциональные симптомы, характерные для ПТСР. Для таких людей психотерапия травмы также будет полезна. (*Уровень беспокойства Чарли типичен для ПТС. Это привело к ограничению в одной области его жизни – избеганию собак, – но в остальной части своей жизни он функционировал нормально.*)

Выживание и нервная система

Возбуждение, а следовательно, и травматическое гипервозбуждение находится в зоне ответственности лимбической системы, которая располагается в центральной части мозга между стволом и корой головного мозга. Данная часть мозга регулирует поведение, связанное с выживанием, и отвечает за выражение эмоций. В первую очередь ее функции связаны с задачами выживания: питанием, половым размножением и инстинктивными защитными рефлексами «бей или беги». Она также участвует в обработке воспоминаний.

Лимбическая система тесно связана с вегетативной нервной системой (ВНС). Она оценивает ситуацию и посылает сигнал ВНС – дать телу отдохнуть или привести его в боевую

готовность. ВНС играет важную роль в управлении работой гладких мышц и других внутренних органов: сердца и системы кровообращения, почек, легких, кишечника, мочевого пузыря, кишечника, зрачков. Две ее ветви, симпатическая нервная система (СНС) и парасимпатическая нервная система (ПНС), обычно функционируют в равновесии друг с другом: когда одна активизируется, другая подавляется. Возбуждение СНС происходит в первую очередь при состояниях напряжения и стресса, как положительного, так и отрицательного. Возбуждение ПНС приходится на состояния покоя и расслабления.

Лимбическая система реагирует на экстремальную травматическую угрозу, выделяя гормоны, которые приказывают организму подготовиться к защитным действиям (см. рис. 1.1, с. 31). После восприятия угрозы миндалевидное тело подает сигнал тревоги гипоталамусу (оба входят в структуру лимбической системы), который, в свою очередь, активизирует две системы: (1) СНС и (2) высвобождение кортикотропин-рилизинг-гормона (КРГ). Эти две системы продолжают действовать, каждая самостоятельно, но подчиненные единой задаче. СНС активирует надпочечники для высвобождения адреналина и норадреналина, необходимые для мобилизации организма для борьбы или бегства. Дыхание и частота сердечных сокращений учащаются, что должно увеличить количество кислорода в крови, при этом кровь перенаправляется от кожи к мышцам для обеспечения быстроты движения. (*В случае Чарли учащенное дыхание и приток крови к ногам позволили ему крутить педали быстрее и проехать дальше, чем обычно.*) В это же время другая система, КРГ, активизирует шишковидную железу для высвобождения адренкортикотропного гормона (АКТГ), который также активизирует надпочечники, на этот раз для высвобождения гидрокортизона (кортизола). Как только травматический инцидент закончится и/или борьба или бегство будут успешно совершены и завершены, кортизол остановит экстренные реакции и выработку адреналина/норадреналина, помогая восстановить гомеостаз организма.

Эта система называется ГГН-осью (гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая ось). Причина, по которой важно работать с травмой, заключается в том, что при ПТСР в ГГН-системе происходит сбой. Рэйчел Йегуда (Yehuda et al., 1990) впервые обнаружила, что у людей с ПТСР надпочечники не выделяют достаточного количества кортизола, чтобы остановить реакцию экстренного реагирования (см. рис. 1.2, с. 32). Несколько исследований показали, что у людей с ПТСР уровень кортизола ниже, чем у контрольной группы, даже если в контрольную группу входили люди с другими психологическими проблемами, такими как депрессия (Bauer, Priebe, & Graf, 1994; Yehuda et al., 1990, 1995; Yehuda, Teicher, Levengood, Trestman, & Siever, 1996). Один из выводов, который можно сделать из этих данных, заключается в том, что на химическом уровне хроническая реакция тревоги, типичная для ПТСР, обусловлена дефицитом выработки кортизола. Однако неизвестно, является ли это чисто биологическим процессом или на него влияет восприятие лимбической системы. В то время как низкий уровень кортизола при ПТСР убедительно доказан, причина этого все еще остается неясной.

Отдельный интерес в отношении ГГН-оси и значения кортизола представляет реакция оцепенения в случае травматической угрозы. Когда смерть кажется неизбежной, побег невозможен или травматическая угроза затягивается, лимбическая система может, помимо всего, одновременно активировать и ПНС, вызывая состояние оцепенения, называемое *тонической неподвижностью* – так,мышь притворяется мертвой, когда ее ловит кошка, или олень застывает в свете фар (Gallup & Maser, 1977). Логично предположить, что химическая картина, вызывающая оцепенение, должна быть связана с ГГН-осью, но это еще не изучено.

Реакции нервной системы – бей/беги/замри – являются автоматическими защитными стратегиями выживания. Они похожи на рефлексы в том смысле, что они мгновенны, но механизмы, лежащие в основе этих реакций, гораздо сложнее. Если лимбическая система посчитает, что для бегства достаточно сил, времени и пространства, тогда тело бросится бежать. Если лимбическая система решит, что бежать времени нет, но достаточно сил, чтобы обороняться,

тогда тело вступит в бой. Если лимбическая система понимает, что нет ни времени, ни сил для борьбы или бегства и смерть кажется неминуемой, тогда тело впадет в оцепенение. В этом состоянии жертва попадает в измененную реальность. Время замедляется, нет ни страха, ни боли. В этом состоянии, если происходит причинение вреда или приходит смерть, боль ощущается не так сильно. Люди, выжившие после падения с большой высоты или после жестокой схватки с диким животным, сообщают именно о такой реакции. Кроме того, реакция оцепенения может увеличить шансы на выживание. Нападающий человек или зверь может потерять интерес к мертвой добыче, как кошка теряет интерес к безжизненной мыши.

(Чарли потерял сознание во время нападения собаки, а когда позже столкнулся с собакой, его парализовало. И то и другое является формой реакции оцепенения.)

Важно понимать, что эти реакции лимбической системы/ВНС являются мгновенными и инстинктивными реакциями на предполагаемую угрозу. Они не выбираются путем вдумчивого рассмотрения. Многие из тех людей, кто перенес травму, испытывают сильное чувство вины и стыд за то, что впали в оцепенение, «замерли» и не смогли ничего сделать для защиты себя или других – оказать сопротивление или убежать. В таких случаях понимание того, что оцепенение – это мгновенная *автоматическая* реакция, часто облегчает трудный процесс самопрощения.

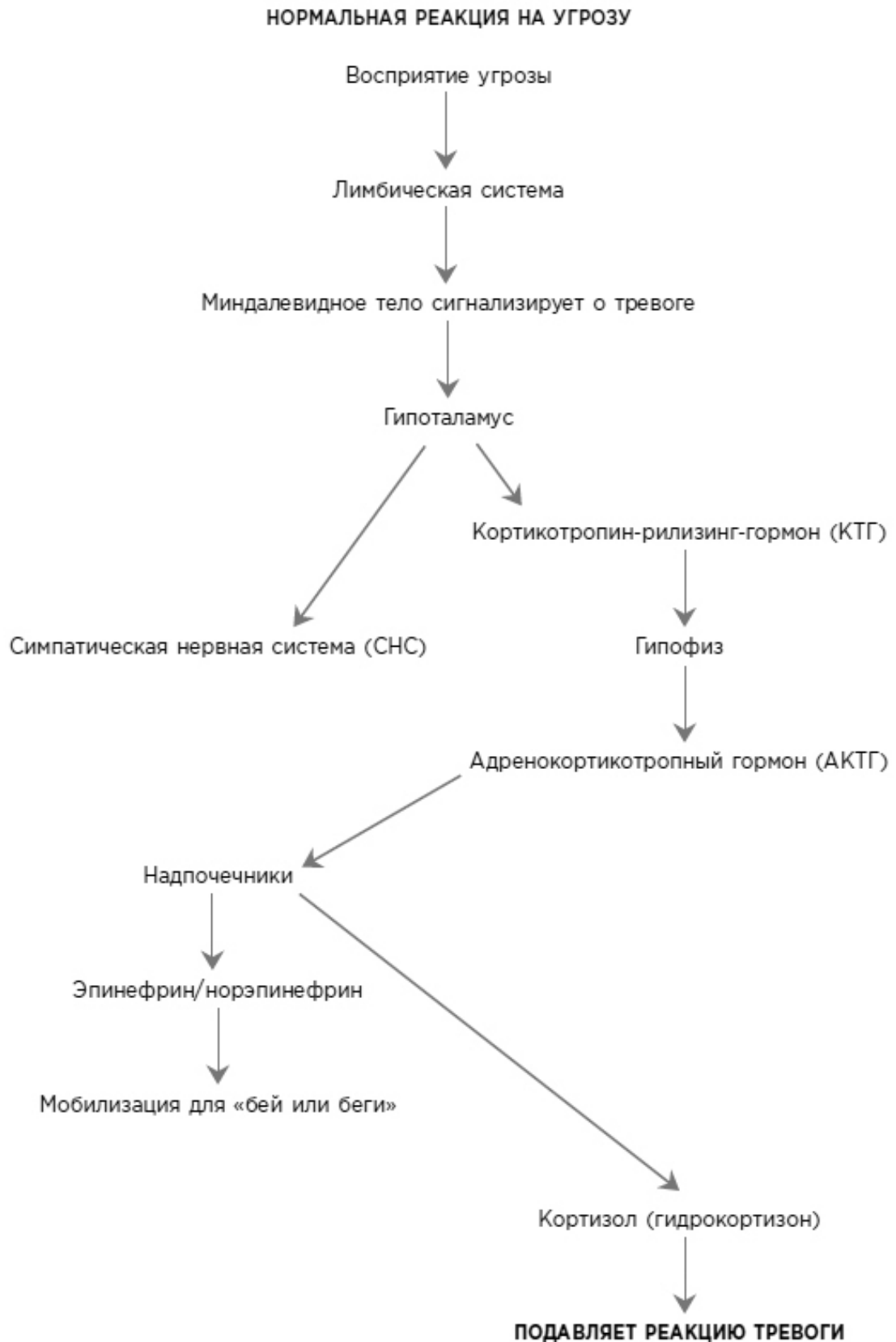


Рис. 1.1. Гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая (ГГН) ось

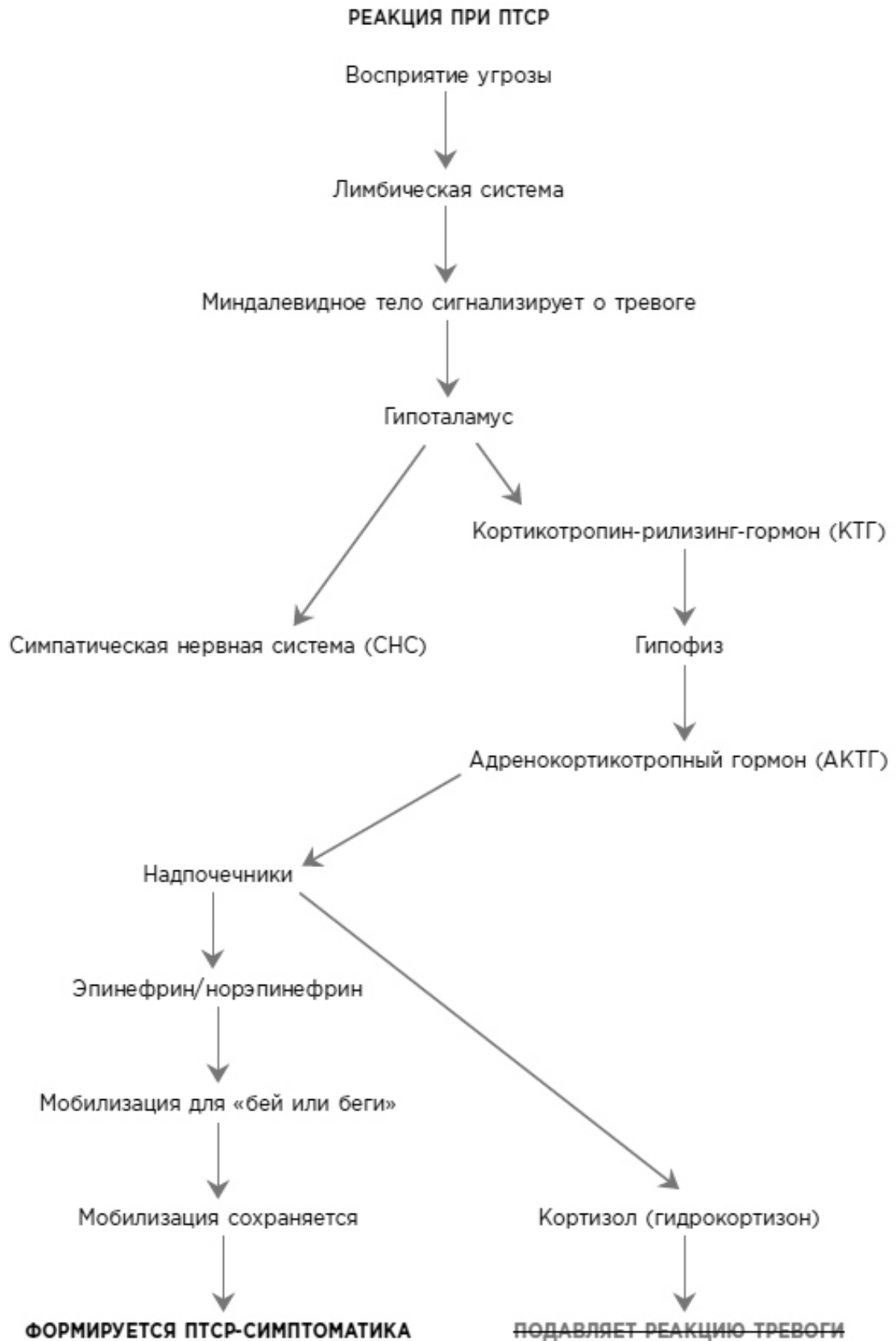


Рис. 1.2. Гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая (ГН) ось

Защитная реакция на память об угрозе

Когда лимбическая система активирует ВНС, чтобы противостоять угрозе при травмирующем событии, это нормальная, здоровая, адаптивная реакция выживания. Когда ВНС продолжает хронически возбуждаться несмотря на то, что угроза миновала, – это ПТСР. Травмирующее событие, вместо того чтобы занять свое место в прошлом, остается свободно плавать во времени, часто непрошено вторгаясь в восприятие текущей реальности, как если бы оно происходило сейчас. *(На Чарли больше никогда не нападала собака. Однако каждый раз, когда он видел одну из них, его тело и ум реагировали так, как будто на него снова напали или собирались напасть.)*

В лимбической системе есть две взаимосвязанные области, которые играют центральную роль в сохранении воспоминаний: гиппокамп и миндалевидное тело. За последние несколько лет появилось много исследований, которые указывают на то, что эти две части мозга непосредственно отвечают за запись, категоризацию, хранение и последующее воспоминание травмирующих событий (Nadel & Jacobs, 1996; van der Kolk, 1994, и другие). Известно, что миндалевидное тело способствует обработке сильно заряженных эмоциональных воспоминаний, таких как страх и ужас, проявляя активность как во время самого травмирующего инцидента, так и во время воспоминания о нем. При этом гиппокамп, в свою очередь, придает событию временной и пространственный контекст, помещая наши воспоминания в надлежащую перспективу и соответствующее место на временной шкале нашей жизни. Обработка данных в гиппокампе дает событиям начало, середину и конец. Это очень важно в связи с ПТСР, поскольку одной из его особенностей является ощущение того, что травмирующий инцидент еще не закончен. Исследования показали, что активность гиппокампа во время травматической угрозы часто подавляется; его обычная функция обработки и сохранения в памяти происходящего события становится недоступной (Nadel & Jacobs, 1996; van der Kolk, 1994, и другие). Когда это происходит, у травмирующего события нет возможности занять надлежащее место на временной шкале переживающего его человека, и оно продолжает вторгаться в настоящее. Восприятие события как завершившегося, а жертвы как выжившей – отсутствует. Этот механизм лежит в основе типичного для ПТСР симптома, получившего название «флешбэк», означающего повторные переживания травмы в уме и/или теле.

Диссоциация, оцепенение и ПТСР

Удивительно, но диссоциация, или разделение сознания, как симптом ПТСР не упоминается ни в DSM-III, ни в DSM-IV, хотя признается симптомом острого стрессового расстройства (APA, 1994). Набирает силу дискуссия о том, является ли ПТСР на самом деле диссоциативным, а не тревожным расстройством, как оно классифицируется в настоящее время (Brett, 1996). Этот вопрос обсуждался и в Международном обществе по изучению травматического стресса (Wahlberg, van der Kolk, Brett & Marmar, 1996). Никто на самом деле точно не знает, что такое диссоциация и как она возникает, хотя существует множество предположений. По-видимому, мы можем говорить здесь об определенных сходных между собой формах расщепленного сознания. При этом разброс варьируется от чего-то простого, как, например, забыть, зачем вы шли на кухню, до экстремальных форм в виде диссоциативного расстройства личности (ранее называвшегося множественным расстройством личности). Диссоциации, описанные людьми с ПТСР, во время переживания ими травматического события (событий), – измененное чувство времени, снижение чувства боли, отсутствие страха – весьма схожи с состояниями, которые описывают те, кто отреагировал на травматическую угрозу оцепенением. Потребуется

провести дополнительные исследования, прежде чем мы узнаем, является ли реакция оцепенения формой диссоциации.

Поскольку наиболее тяжелые последствия ПТСР возникают в результате диссоциации, понимание механизма их возникновения и течения чрезвычайно важно. Хотя диссоциация, несомненно, является инстинктивной реакцией, нацеленной на спасение человека от страданий – и с этим она справляется очень хорошо, – она требует высокой цены взамен. В настоящее время исследования феномена диссоциации идут по нескольким направлениям. При этом многие ученые полагают, что диссоциация во время травматического события (перитравматическая диссоциация) указывает на высокую вероятность развития ПТСР (Bremner et al., 1992; Classen, Koopman, & Spiegel, 1993; Marmar et al., 1996).

Последствия травмы и ПТСР

Последствия травмы и ПТСР сильно зависят от возраста жертвы, характера травмы, реакции на травму и поддержки, которую жертва получила (или не получила) после нее. В целом люди с ПТСР страдают от снижения качества жизни вследствие навязчивых симптомов, ограничивающих их функциональные способности. Периоды гиперактивности у них зачастую чередуются с периодами полного упадка сил, поскольку их организм страдает от последствий травматического гипервозбуждения ВНС. Кроме того, внезапно могут возникнуть напоминания о перенесенной травме, вызывая мгновенную панику. Они начинают бояться не только самой травмы, но и своих собственных реакций на нее. Сигналы тела, которые когда-то служили источником важной информации, воспринимаются как опасные. Например, ускорение сердечного ритма, которое может указывать на перенапряжение или, наоборот, радостное возбуждение, теперь само по себе может стать сигналом опасности, поскольку напоминает об ускоренном сердечном ритме в ответ на травму и, следовательно, воспринимается как связанное с ней. Способность различать опасное и безопасное снижается, и тогда многие вещи в окружающей среде, а иногда и все, начинают восприниматься как опасные. Когда количество ежедневных раздражителей, напоминающих о травме, становится чрезмерным, это может привести к активации реакции оцепенения или диссоциации, как если бы травма происходила в настоящем. Это может превратиться в порочный круг. В конце концов, жертва ПТСР может стать крайне замкнутой, боясь выходить из дома или находиться среди людей. *(Как упоминалось ранее, у Чарли был ПТС, а не ПТСР. Тем не менее каждая новая встреча с собакой делала его все более ограниченным в своих реакциях, и угроза развития посттравматического стрессового расстройства была весьма вероятна.)*

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.