

# САМОРЕГУЛЯЦИЯ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПРИ ПЕРЕЖИВАНИИ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ

С. Л. Соловьева

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова

Под психическим здоровьем понимается «интегральная характеристика полноценности психического функционирования индивида» [7]. Важнейшими критериями психического здоровья считаются продуктивность деятельности (прежде всего профессиональной деятельности) и способность эффективно взаимодействовать с окружающим миром, успешно решать межличностные и социальные проблемы, выстраивать конструктивные взаимоотношения с окружающими людьми [6]. Решение этих задач обеспечивается комфортными взаимоотношениями с собственной субъективной реальностью, с теми психическими феноменами, которые формируют внутреннюю картину мира с осознанной в ней и обоснованной жизненным опытом позицией «Я». Каждый человек в этой связи создает себе такую субъективную реальность, которая обеспечивает ему психологический комфорт и возможность продуктивно сотрудничать с объективной реальностью. Психика и психические феномены определяются именно через категорию субъективного: психика интерпретируется как «субъективный образ объективного мира», «внутренний субъективный мир» [5, 7, 16].

Неизбежные субъективные искажения в психической реальности субъекта, нагруженные аффектом, отражают его жизненный опыт, сформированные в процессе его накопления установки и ожидания, способы интерпретации событий и особенности их прогнозирования. Существенные искажения картины мира отмечаются у пациента под воздействием психических травм, травматического стресса. «Одной из ведущих современных теорий объяснения причин возникновения психических расстройств, — пишет В. А. Абабков, — является теория диатез-стресса, в которой важнейшая роль отводится стрессу» [1]. Как отмечает автор, «неспособность или неумение человека совладать со стрессом является основой для расстройства здоровья...». На эмоциональном уровне стресс приводит к активизации эмоций тревоги, депрессии и враждебности, которые составляют так называемую негативную аффективность [2]; на когнитивном уровне — к нарушениям концентрации внимания, сужению объема оперативной памяти, ошибкам мышления, общему снижению интеллектуальной деятельности [1]. Эти изменения провоцируют нарушения социально-психологической адаптации человека,

приводящие к внутриличностным и межличностным конфликтам, формированию враждебности, депримированности и социальной изоляции.

Психические травмы присутствуют в жизни каждого человека. Трудно представить себе кого-то, кто не переживал смерть близких, тяжелую болезнь, финансовые катастрофы, неудачи, разрыв отношений, разводы, потери и конфликты. Жизнь в условиях материального или экологического неблагополучия, в условиях эмоциональной или социальной депривации, под угрозой нападения или насилия также может быть травматичной [17]. «Эмпирические работы показывают, что наносить вред здоровью и самочувствию могут как интенсивные, более или менее короткие стрессовые события, так и длительные последствия дискретных стрессоров, а также хронические стрессоры» [1]. Все эти события, угрожающие душевному равновесию, запускают механизмы психической саморегуляции.

Опыт пережитых психических травм, в частности, вносит свой вклад в создание индивидуальной системы координат внутренней субъективной реальности человека, в которой оцениваются происходящие события. А. Ш. Тхостов к феноменам базового субъективного существования человека относит «категоризацию в виде эмоционально-оценочных конструктов» [16]. «Достижение субъективного чувства единства и самотождественности, — пишет Е. Т. Соколова, — пролагает себе путь «сквозь» многообразие социальных ситуаций и исполняемых «ролей», становится достаточно устойчивым и прочным, «собирающим» «Я» и удерживающим его от распада и «рассеяния» [14]. Сохранение психологической стабильности и комфорта «Я» предполагает постоянную, длящуюся в течение всей жизни работу по компенсации дефицитов и нивелированию травм, искажающих картину мира; травм, которые в ряде случаев конструктивно разрешены в реальной жизни быть не могут. В последнем случае психическая активность адресуется собственному психологическому миру, который становится «подвержен многообразным искажениям со стороны прошлого, настоящего и будущего, несет отпечаток когнитивного и личностного «устройства» человека, является смесью факта и фикции, имеет порой длинную временную историю напластования различных эмоциональных переживаний, бессознательных подтасовок, рефлексивных переосмыслений» [14]. В соответствии с внутренним психологическим содержанием интерпретируется внешняя объективная реальность: как отмечает А. Ш. Тхостов, «образ мира и есть система экспектаций (ожиданий), порождающая объект-гипотезы, на

основании которых идут структурирование и предметная идентификация отдельных чувственных впечатлений» [16].

В психической деятельности человека выделяется особый род активности — это «рефлексивная деятельность, активность «Я», направленная на самое себя» [5]. «Если рассмотрение адаптации касается лишь ее внутренних процессов или критериев, то такие процессы могут называться внутренним приспособлением» [1]. Как отмечает С. Т. Посохова, каждый человек адаптируется не только к окружающему миру, но и к самому себе, к собственной психологической природе [11]. Более или менее успешный процесс самоадаптации оказывает существенное влияние на психическое здоровье лиц, переживших психическую травму. Целью сохранения психического гомеостаза у травмированного субъекта является «поддержание постоянно функционирующего механизма сличения... поступающих наружных стимулов со стимулами, которые запечатлелись в сознании как признаки чрезвычайной ситуации» [8]. Оценка как внутренних психических явлений, так и внешних воздействий искажается после воздействия психической травмы: появляется склонность даже в нейтральных по интенсивности и содержанию событиях видеть угрозу и готовиться к ее отражению. Известно, что повышенный уровень тревоги ведет к избирательной обработке негативных стимулов [2]. Травмированная психика, по выражению Д. Калшеда, «продолжает травмировать саму себя», а окружающая реальность воспринимается как потенциальный источник травматизации [3]. Психическая саморегуляция поэтому затрагивает не только сохранение «Я» во взаимоотношениях с окружающим миром, но и его устойчивость в отношении внутреннего, субъективного мира, который под воздействием травматических событий также имеет собственную динамику. Так, в определении саморегуляции акцентируется прежде всего «системно-организованный процесс внутренней психической активности человека по инициации, построению, поддержанию и управлению разными видами и формами произвольной активности, непосредственно реализующий достижение принимаемых человеком целей» [6]. Успешная адаптация к собственной внутренней субъективной реальности позволяет сохранить психическое здоровье перед лицом даже тяжелой психической травмы. «Если субъект достигает успехов во внутреннем приспособлении, он чувствует равновесие или спокойствие по отношению к субъективным стандартам независимо от объективных характеристик ситуации» [1].

Эффективная психическая саморегуляция обеспечивается ресурсами личности, такими как относительно стабильная и непротиворечивая самооценка, конструктивные

копинги, интернальный локус контроля (ответственность), стрессоустойчивость и жизнестойкость с ее способностью принимать вызов судьбы и вовлеченностью в решение проблем и другими параметрами [1, 4, 5]. При недостаточности собственных психологических ресурсов используются ресурсы других людей, организаций и социальных сетей [1, 2]. В некоторых случаях, при воздействии экстремальных факторов, всех доступных личности ресурсов может быть недостаточно, и тогда возникает необходимость в дополнительных «точках опоры», в качестве которых используются религия, философия и другие ментальные конструкции, составляющие индивидуальную мифологию человека. Индивидуальная мифология может состоять из идеологических мифов, характеризующих определенную культуру конкретной страны в конкретный исторический период, а также из семейных мифов и индивидуальных психологических иллюзий, таких как иллюзия собственного бессмертия, иллюзия надежности и стабильности окружающего мира или иллюзия справедливого возмездия [13, 15]. При столкновении с объективной реальностью индивидуальная мифология может быть разрушена, и тогда индивид обращается за помощью к психотерапии, которая определяется Стоквисом как «реконструкция разрушенных иллюзий». Психическая саморегуляция требует пожизненных усилий по сохранению индивидуальной мифологии, выступающей своеобразным «буфером» между «Я» и потенциально травматичной объективной реальностью. Как отмечает А. Ш. Тхостов, «наши представления о мире и налагаемая на него категориальная сеть постоянно подвергаются коррекции»; «искажения, вносимые в эти конструкции, могут менять качество воспринимаемого мира, остающегося на самом деле неизменным» [16].

Социальная дезадаптация вследствие пережитых психических травм проявляется изменениями в психической деятельности субъекта — тревожно-депрессивных переживаниях, нарастании враждебности, появлении эмоциональной неустойчивости, импульсивности, что в сочетании со своеобразными нарушениями памяти, внимания, мышления формирует состояние растерянности, неуверенности, снижение контроля и продуктивности деятельности в целом. Непродуктивное психическое состояние включает механизмы психической саморегуляции, среди которых чаще всего выбираются методы психической релаксации, основанные на контроле дыхания и мышечного расслабления. «При воздействии на угнетающие эмоции важную роль играет способность к релаксации. Возможность расслабляться, субъективно и психологически влиять на мышечный тонус является важнейшим условием снятия возбуждения, вызванного страхом и гневом» [4]. К

подобным методам Б. Д. Карвасарский относит аутогенную тренировку, биообратную связь, активную регуляцию тонуса по Б. Стоквису, аутогипноз, контроль дыхания, медитацию, нервно-мышечную релаксацию, прогрессирующую мышечную релаксацию Э. Якобсона, трансовые методы. Обращение травмированного субъекта к алкоголю, наркотикам, психотропным препаратам, к нехимическим зависимостям также может выполнять функцию регуляции эмоционального гомеостаза в стрессовой ситуации [17].

Психическая и мышечная релаксация реализуется более успешно в комфортных условиях: «в теплой атмосфере оранжево-зеленых тонов с ярким светом, приятной музыкой и ощущением, что тобой занимаются, ничего плохого для пациента быть не может» [13]. В этой связи может быть выделена и так называемая группа технических методов психотерапии: биологическая обратная связь, стимуляция на основе электроэнцефалографических показателей, использование звуковых раздражителей определенной частоты, лечение облучением светом и цветом.

Создание комфортной внешней среды и восстановление внутреннего, психического гомеостаза личности является первой, начальной задачей саморегуляции под воздействием травматического стресса. На втором этапе осуществляется вербализация, которая заключается в «вербальном (словесном) описании переживаний, чувств, мыслей, поведения» [4], в которой описываются «эмоциональные стороны конкретного актуального переживания с позиций внутреннего мира пациента».

Вербализация выступает в качестве отправной точки, запускающей психическую саморегуляцию, которая способствует появлению депрессивных симптомов, но и открывает новые возможности по конструированию собственной психической реальности, что становится возможным вследствие «признания гибкости, подвижности и фантомности границ субъекта» [16]. Проникновение в мир психических явлений позволяет субъекту посредством психотерапевтического «контейнирования» психотравмирующих событий, их вербализации с помощью слов, добиться «объединения и достижения единства эмоционального отношения и ментальной интеграции, «собирая себя» в единую, осмысленную и целостную самоидентичность...» [14]. Более или менее объективная вербализация пережитых событий в системе координат собственной субъективной реальности, как правило, затруднена и требует обращения к реальности значимого другого, которому субъект доверяет, например психотерапевта. Начало продуктивных изменений в психической реальности травмированного клиента связано с «контейнированием» пережитых им событий, их вербализацией в системе координат

психической реальности терапевта. При этом, как пишет А. Ш. Тхостов, «объективная верность мифа, лежащего в основе метода лечения, не имеет принципиального значения» [16]. Процесс сличения пережитых клиентом травматических событий с их значениями в психической реальности терапевта позволяет травмированному субъекту выстроить новую систему координат собственной психической реальности, возможно, более объективную, но в любом случае позволяющую принять и пережить болезненный жизненный опыт. В психотерапии этот процесс обозначается как «переформулирование проблемы», «накопление положительного опыта», «прояснение», «познавательное обучение» [5]. Как отмечает В. А. Абабков, «человек с точными когнитивными представлениями о ситуации имеет больше возможностей для адаптации (выживания), чем человек с искаженными представлениями о реальности» [1].

В том случае, когда травмированный субъект не прибегает к чьей-либо посторонней помощи, а в процессе самоадаптации самостоятельно справляется со своими переживаниями, он вербализует свои эмоции, ориентируясь на некоторую ментальную, мифологическую конструкцию, заимствованную извне и позволяющую самостоятельно успешно контейнировать травматичные переживания. Самопомощь может заключаться в обращении к философии, религии или психологии, например, к работам Виктора Франкла: задаваемая в работах Франкла драматическая система координат позволяет снизить аффективную заряженность и, следовательно, травматичность повседневных жизненных неудач.

Понимание — первый шаг к изменению; вслед за переформулированием и вербализацией следуют «определение «психотерапевтических мишеней» и «оперативная модификация поведения больного за счет одобрения или неодобрения со стороны психотерапевта...» [5] либо соответствия той ментальной конструкции, которая используется при оказании самопомощи. Изменения у клиента / страдающего субъекта являются по существу «явными и скрытыми видами деятельности и переживаний, в которые вовлечены лица, стремящиеся модифицировать поведение, вызывающее проблемы» [1]. Изменения в системе координат психической реальности травмированного субъекта несут в себе отпечатки психических феноменов тех значимых других, помощь которых он согласился принять, или психическую реальность которых он заимствовал. Помогаящая личность (психотерапевт) вносит в субъективную реальность клиента не столько понятийный и концептуальный аппарат своей науки, сколько свою собственную интерпретацию этих представлений. Как отмечает в этой связи В. А. Абабков,

«практические процедурные принципы никогда не могут быть в точности производными от основных теорий, так как базисные теории всегда относятся к идеализированным условиям», а «личность (терапевта) заполняет разрыв между имеющейся научно обоснованной базой знаний и той, которая необходима в действительности, с помощью собственного знания, сформированного на основе личного опыта» [1]. Изменившаяся внутренняя картина мира клиента влечет за собой соответствующие изменения в интерпретации внешних событий окружающего мира и поведенческих реакциях, которые позволяют продуктивно взаимодействовать с этим миром [18, 19].

Вербализация с точки зрения современной отечественной психотерапии позволяет в процессе оказания клиенту психологической помощи перейти к следующему этапу — «анализу индивидом собственных поступков и переживаний или рефлексии» [4]. Последующая концептуализация пережитой травмы позволяет субъекту принять ее как часть собственного жизненного опыта, интегрировать в собственную психическую реальность, которая становится при этом субъективно менее комфортной и требует поэтому применения специальных психологических методов для восстановления душевного равновесия. С этой целью могут использоваться:

- самовнушение или «внушение самому себе, которое позволяет субъекту вызывать у себя те или иные ощущения, восприятия, управлять процессами внимания, памяти, эмоциональными и соматическими реакциями» [4];

- самоконтроль — «процессы, посредством которых человек оказывается в состоянии управлять своим поведением в условиях противоречивого влияния социального окружения или собственных биологических механизмов» (4);

- использование трансовых методов, которые повышают доступ к неосознаваемой информации.

Для снижения эмоционального напряжения, нивелирования враждебности, страха и гнева пациентом, практикующим методы самопомощи, применяются методы отреагирования или катарсиса, которые могут использоваться в структуре различных видов деятельности и психофизиологического функционирования (спорт, секс, живопись, театральные постановки). Эмоциональное напряжение может также снижаться субъектом путем изменения системы координат собственной субъективной психической реальности, в контексте которой травматические события меняют свое значение. Наиболее популярным как среди психотерапевтов, так и среди травмированных клиентов является своеобразное укрупнение масштаба индивидуальной системы координат, в рамках

которых клиент привычно оценивает происходящие события. Например, клиенту предлагается оценить травматичное для него событие в более широком масштабе страданий воюющего народа или голодающей страны: «Насколько травматичным является данное событие с точки зрения погибших во время войны?». Перед лицом гибели множества людей собственные переживания меркнут, теряют свой аффективный заряд, что позволяет страдающему субъекту более спокойно относиться к постигшим его неудачам и потерям. Изменение перспективы, в которой происходит измерение психотравмы (размерности системы координат субъективной психической реальности), может заключаться и в принятии пациентом в воображении точки зрения его самого в гипотетический момент ухода из жизни, окончания жизненного пути

Еще одним методом снижения аффективного напряжения при переживании травмы является изменение образцов, с которыми сравнивает себя страдающий субъект при оценке степени своего неблагополучия. Например, понижение социального статуса и соответствующее снижение зарплаты более травматичны для переживающего индивида при сравнении со статусным субъектом, имеющим высокий доход, и гораздо менее болезненны при сопоставлении с бездомным бродягой, не имеющим никакого дохода. Изменение эталона для сравнения при оценке своего благополучия также может способствовать снижению аффективной заряженности события, которое вследствие этого перестает восприниматься как травматичное.

Радикальным методом нивелирования эмоциональной нагруженности жизненных событий является избавление вообще от каких-либо критериев для сравнения, что влечет за собой отказ от самой процедуры сравнения с кем бы то ни было. Для этой цели используются преимущественно восточные практики с их специфическим смысловым содержанием, например такие, как йога или дзен-буддизм. Отказ от традиционной европейской ментальности, основанной на оценках и сравнениях, и переход к созерцательно-констатирующим восточным практикам позволяет научиться принимать различные стороны своей личности, различные события своей жизни, не оценивая их в категориях добра и зла, а просто констатируя их наличие как равноправных и неизбежных составляющих неоднозначной человеческой природы: «это так». Буддистский принцип «таковости» означает на практике повышение толерантности клиента, его способность принимать свои самые различные черты, не испытывая чувства вины и сожаления о своей «неправильной» природе и связанных с ней поступках. Минимализм и рациональное потребление вместе с созерцательностью безоценочной восточной культуры становится



всё более популярным в странах Запада, исчерпавших в потенциально травматичных условиях неопределенности психотерапевтический потенциал рациональной европейской культуры.

«Динамика структуры личности (пациента) наблюдается медленно и лишь после симптоматических перемен».

## ЛИТЕРАТУРА

1. Абабков В. А. Персонифицированная психотерапия: руководство / В. А. Абабков. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 352 с.
2. Брайт Д., Джонс Ф. Стресс. Теории, исследования, мифы. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. 352 с.
3. Калшед Д. Внутренний мир травмы / Пер. с англ. М.: Академический проект, 2001. 368 с.
4. Карвасарский Б. Д. (общая редакция) Психотерапевтическая энциклопедия. СПб.: Питер Ком, 1998. 752 с.
5. Клиническая психология: Учебник для вузов. 4-е изд. / Под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2010. 864 с.
6. Клиническая психология: энциклопедический словарь / под общ. ред. проф. Н. Д. Твороговой. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Практическая медицина, 2016. 608 с.
7. Краткий психологический словарь / Ред.-сост. Л. А. Карпенко; Под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. 2-е изд., расш., испр. и доп. Ростов н/Д: изд-во «Феникс», 1998. 512 с.
8. Медицинская и судебная психология. Курс лекций: Учебное пособие / под ред. Т. Б. Дмитриевой, Ф. С. Сафуанова. 2-е изд., испр. М.: Генезис, 2005. 606 с.
9. Посохова С. Т. Психологические особенности аутоадаптации // Психолого-педагогические проблемы развития личности в современных условиях. СПб., 1999. С. 25–27.
10. Посохова С. Т. Иванова О. К. Отношение беременных женщин к юмору // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12, выпуск 1, часть 1. СПб., 2009. С. 116–128.
11. Посохова С. Т. Личностные феномены адаптации // Здоровая личность / Под ред. Г. С. Никифорова. СПб.: Речь, 2013. С. 276–295.

12. Посохова С. Т., Кораблина Е. П., Боровикова Н. В. Адаптация к новому образу Я у беременных женщин // Вестник Балтийской академии. 1998. Вып. 15. С. 81–86.
13. Решетников М. М. Психическая травма. СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2006. 322 с.
14. Соколова Е. Т. Клиническая психология утраты Я. М.: Смысл, 2015. 895 с.
15. Соловьева С. Л. Психотерапия как реконструкция разрушенных иллюзий // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике. Сборник научных статей. Санкт-Петербург, ноябрь, 2016г. Вып. XVI / Под общей редакцией акад. РАН Мазурова В. И. СПб.: изд-во «Альтра Астра» 2016. 206 с. С.153–157.
16. Тхостов А. Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002. 287 с.
17. Шабалина В. В. Психология зависимого поведения: На примере поведения, связанного с употреблением наркотиков и других психоактивных веществ. СПб.: Изд-во С. Петерб. ун-та, 2004. 336 с.
18. Antony M. M. and Barlow D. H. (Eds.), 2010, Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders (2nd ed.) / New York: Guilford Press.
19. Beck J. S. (2011). Cognitive behavior therapy worksheet packer (3rd ed.). Bala Cynwyd, PA: Beck Institute for Cognitive Therapy.