

Решетников, М. М. Психическая травма: учебное пособие для бакалавриата, специалитета и магистратуры / М. М. Решетников. — 2-е изд. — М. : Издательство Юрайт, 2018. — 200 с. — (Серия : Авторский учебник). — ISBN 978-5-534-05650-1.



Книга «Психическая травма» является продолжением и отчасти итогом того, что автором было написано ранее, поскольку возникла необходимость восстановить в качестве единого целого информацию, которая была разбросана по немногочисленным источникам, а также изложить основные положения аналитической теории травмы. Рассматривается история изучения психических травм, методы их диагностики, симптоматика посттравматических расстройств и методы их коррекции. Пособие содержит большой объем практики, в том числе авторской.

Глава 11

Вторичные психические травмы

До Бесланской трагедии мы предполагали, что утрата ребенка – это весьма редкое событие, преимущественно индивидуального «порядка», и не так уж много специалистов систематически занимались этой проблемой. Сказывалось, вероятно, и ощущение стыдливости и даже некоторой брезгливости, которые все мы, как справедливо отмечает французский аналитик М. Торок[72], испытываем при соприкосновении с интимным переживанием горя. Кроме уже упомянутой М. Торок, в этой главе я буду апеллировать к еще двум авторам французской школы – Андре Грину [11] и Анри Верморелю [7], работы которых представляются чрезвычайно интересными, особенно с точки зрения влияния утраты ребенка на семейный фон и ее проекции на других детей.

Я буду стараться максимально упрощать изложение идей этих авторов, и

если у кого-то, кто далек от психоанализа, возникнет желание пропустить эту главу, в этом нет ничего страшного, но обойти этот аспект, где теория травмы объединяется с теорией влечений, было бы неверно.

Когда человек кого-то любит, он частично инвестирует¹ свое Я в любимый объект², но большей частью (в силу естественного нарциссизма) – интроецирует³ любимый объект в собственное Я (вплоть до метафорического желания поглощения), и таким образом происходит расширение и, можно сказать, обогащение Я.

Утрата такого дорогого объекта, как ребенок, неизбежно включает механизмы его инкорпорации⁴, и родительское Я частично идентифицируется с этим утраченным объектом, что позволяет временно заполнить «пустоту» и отражает попытку восстановить нарушенное равновесие. Как пишет об этом М. Торок: «Не имея возможности устранить мертвого [из сознания. – М. Р.] и решительно признать: "его больше нет", скорбящий становится им для

1 Инвестировать – вкладывать (в психоанализе – чувства, влечения, энергию).

2 Я должен пояснить здесь, что в психоанализе понятие «объект» имеет очень широкое и очень важное значение, в том числе как: «целостный объект», например личность матери (субъект); «частичный объект», например материнская грудь; «переходный объект», например соска, и т. д. А все происходящее между различными объектами описывается теорией объектных отношений, которая достаточно сложна и обширна, чтобы быть подробно раскрытой в этом примечании. Приведу только одно достаточно емкое определение З. Фрейда: объект – «есть то, в чем или посредством чего влечение может достичь своей цели».

3 Интроекция – «переход» одного объекта, его свойств и качеств (на психологическом или фантазийном уровне) извне внутрь другого объекта.

4 Инкорпорация – процесс, посредством которого субъект (на психологическом или фантазийном уровне) «поглощает объект полностью» и удерживает его в себе.

себя самого, давая себе тем самым время мало-помалу и шаг за шагом проработать последствия разрыва» [72]. В результате в процессе терапии родителей, утративших детей, мы не раз встречаемся с ситуациями, когда на наши вопросы отвечает не пациент, а инкорпорированный объект (утраченный ребенок). В некоторых случаях это происходит в абсолютно явной форме: выслушав вопрос, адресованный к нему, пациент отвечает: «Он бы вам ответил так...» – совершенно не замечая, что говорит от имени другого лица. Иногда пациент, казалось бы, сознает это, констатируя, что «он и сейчас живет во мне», но эта констатация чаще всего носит характер сопротивления (Сопротивление (в психоанализе) – все, что не позволяет пациенту в процессе

терапии проникнуть в свое бессознательное.) – и терапии, и реальности – и не является запросом, адресованным к терапевту, требующим удовлетворения.

А. Грин в своей блестящей работе «Мертвая мать» (1980) подробно анализирует внутреннюю картину родительского страдания и уже во введении к статье поясняет, что «мертвая мать здесь, вопреки тому, что можно было бы ожидать, – это мать, которая осталась в живых [после смерти одного из ее детей. – М. Р.]; но в глазах маленького ребенка, о котором она заботится, она, так сказать, мертва психически» [11]. Сравнивая состояние такой матери с тяжелой депрессией и как бы напоминая, что типичная ситуация горя обычно не рассматривается в качестве показания к терапии, далее автор пишет:

«...Игнорирующий свою депрессию субъект, вероятно, больше нарушен, чем тот, кто переживает ее от случая к случаю» [11]. Грин справедливо отмечает, что в психоанализе на протяжении длительного периода времени наблюдалось явное пренебрежение проблемой такой «мертвой матери», и никем не исследовалась тоска по матери. Развивая представления о «комплексе мертвой матери» у ребенка, автор подчеркивает, что здесь речь не идет о реальной утрате объекта. «Основная черта этой депрессии [в данном случае ребенка. – М. Р.] в том, что она развивается в присутствии объекта, погруженного в свое горе» [11]. Кроме утраты ребенка, матерински-обусловленных причин для развития подобной депрессии у детей может быть множество: потеря любимого, превратности судьбы, развод, неизлечимая болезнь и т. д., но главным остается одно – постоянная грусть матери и утрата ее интереса к ребенку.

В качестве наиболее тяжелой ситуации Грин выделяет смерть другого ребенка, когда оставшийся в живых находился в раннем возрасте и не мог понять причину изменившегося отношения матери (к подобным ситуациям могут приводить также окруженные семейной тайной выкидыши, аборты). Причем изменение характера поведения и отношения матери происходит одновременно и (для ребенка) – «вдруг», когда ничто не предвещало, что ее любовь будет утрачена. Вне сомнения – это тяжелейшая нарциссическая травма (Нарциссизм (у ребенка) – принятие себя и любовь к себе как прообраз объектной любви (к другому)), которая провоцирует нарушение процессов развития и идентификации, а также утрату их смыслообразующих мотивов, так как у ребенка, до этого чувствовавшего себя «центром материнской вселенной», нет никакого объяснения произошедшим переменам. Грин

высказывает предположение, что ребенок может воспринимать это разочарование как следствие своих влечений к объекту. Однако мой опыт показывает, что в ряде случаев этот негативный опыт находит более «веское» объяснение: «Я настолько плох (уродлив, отвратителен, мерзок), что меня невозможно любить». Отцы редко откликаются на беспомощность малолетних детей, и в итоге младенец оказывается «зажатым» между «мертвой матерью» и недоступным отцом, обычно – более озабоченным состоянием матери и преимущественно – отсутствующим. Предприняв сотни безуспешных попыток репарации (возвращения) «утраченной» матери, включая такие (реализуемые бессознательно) «приемы», как ажитация, бессонница, ночные страхи и т. д., Я ребенка прибегает в иным формам защиты.

Грин описывает два основных процесса, лежащих в основе такого защитного поведения: «дезинвестиция материнского объекта» и «неосознаваемая идентификация с мертвой матерью».

Первый процесс Грин характеризует как «психическое убийство объекта, совершаемое без ненависти», ибо ребенок боится причинить даже минимальный ущерб образу матери. В результате на нежной ткани объектных отношений матери и ребенка образуется «дыра», но они все-таки сохраняются, так как мать продолжает заботиться о ребенке, одновременно чувствуя себя бессильной любить его так же, как до погружения в горе.

Идентификация наступает после периода «комплементарного» (Комплементарное – в данном случае: дополнительно-противоположное по эмоциональному знаку и реакциям) поведения (ажитации, демонстрации своей ревности и веселости), который сменяется «симметричным» (зеркальным) отображением реакций матери как единственно возможным способом восстановления близости с ней (становясь не таким, как объект, а – по сути – им самим). Все это происходит бессознательно – без «ведома» Я субъекта и фактически против его воли, а сама идентификация носит отчуждающий характер. Став будущей жертвой навязчивого повторения (Навязчивое повторение – неконтролируемый бессознательный процесс, при котором в самых различных ситуациях, относительно не зависимо от обстоятельств, субъект повторяет свой прежний поведенческий (эмоциональный и аффективный) опыт, будучи совершенно убежденным, что его поведение полностью обусловлено настоящим моментом.⁸), такой субъект и во всех последующих отношениях будет активно (но бессознательно) дезинвестировать

любой объект сильной привязанности, представляющий угрозу разочарования, фактически утрачивая способность любить и принимать любовь другого.

По данным Грина, все это приводит к раннему формированию у ребенка эдипальных проблем и развитию «вторичной ненависти», проявляющейся в «регрессивной инкорпорации» и садистически окрашенной позиции: властвовать над «утраченным» объектом, унижать и оскорблять его, мстить ему. Пережив жестокий опыт зависимости от необъяснимых перемен в матери, взрослея, субъект будет прилагать особые усилия для предвосхищения событий. Его расколотое Я, возможно, откроет путь к художественному или интеллектуальному творчеству, но как бы ни были велики успехи⁹, в одном он навсегда останется предельно уязвимым – во всем, что касается его любовной жизни. Потому что у него нет для этого ни необходимых инвестиций, без которых невозможны длительные отношения, ни возможностей для глубокой вовлеченности, требующей прежде всего заботы о другом. Все его влюбленности оборачиваются чувством разочарования – либо объектом любви, либо собой, возвращая его к «привычному» состоянию бессилия что-либо изменить...

Не менее печальна и судьба старших детей, «все детство которых погружено в траур, с матерью, которая ставит в качестве идеального примера ребенка, умершего, порой, много лет назад» [7]. В заключение хочу добавить, что аналогичные явления наблюдаются и при наличии матери, пережившей преждевременную смерть собственных родителей, когда ее скорбь и обида остались неразрешенными и переносятся на все отношения с детьми, которые должны быть счастливы уже хотя бы потому, что у них есть мать. Но это также – «мертвая мать».

В этой краткой главе, как мне представляется, удалось передать около сотой части того, что содержится в оригинале. И тем, кто работает с подобными пациентами, я бы рекомендовал обратиться к первоисточнику.

Глава 12

Собственная работа горя

В России люди, пережившие психическую травму, не так часто обращаются за психотерапевтической или медицинской помощью. Обычно это происходит,

когда к психическому страданию присоединяется физическое, или же тревога и депрессия становятся настолько невыносимыми, что будущий пациент реально осознает, что «больше не может так жить» или находится на грани самоубийства. Причин такого отношения к психическим травмам много, но главная, как мне представляется, – культуральная. В процессе воспитания наши родители, безусловно из самых высоких побуждений, готовят нас только к бесконечному счастью, и было бы странно, если бы было наоборот. Поэтому к травмам и утратам большинство из нас оказываются неготовыми, и каждый вырабатывает навыки преодоления таких ситуаций самостоятельно, методом проб и ошибок, иногда роковых. Тем не менее, помня о том, что жизнь исходно травматична, мы должны признать, что даже в случаях горя, которое нельзя пережить, мы в конечном итоге приходим к малоутешительному выводу, что с этим придется жить. Но как специалисты мы должны знать, что в принципе любые травмы потенциально патогенны и никогда не проходят бесследно. К счастью, в большинстве случаев этот «след» делает нас мудрее, терпимее, сострадательнее, но для тех, кому повезло меньше, они могут стать причиной невыносимых страданий и провоцировать все известные формы психопатологии – от транзиторных до самых тяжелых. Причем в последних случаях эти реакции могут быть «отставленными», поэтому в принципе неважно, является травма «свежей» или произошла десятилетия тому назад.

Наиболее частой и самой тяжелой формой психической травмы является внезапная утрата близкого человека. Нужно особо подчеркнуть «внезапная», так как «типичные» утраты – родителей или супругов в преклонном возрасте, которые соответствуют естественному ходу событий, безусловно, также тяжело переживаются, но они в конечном итоге принимаются как неизбежные, хотя почти паранойяльная приверженность идеям о продлении жизни и бессмертии говорит о нашем протесте даже против этого варианта утрат. Увы, люди смертны, и даже человечество – смертно.

Из известных современных авторов наиболее адекватными психической травме представляются разработки Дж. Боулби [5]. Подробно исследовав более двух десятков случаев психических травм (Это очень много – с точки зрения подробного исследования. Например, имея опыт группового обследования и включенного наблюдения более 1000 случаев после массовых психических травм, за все 30 с лишним лет практики я имел всего 6 пролонгированных случаев индивидуальной терапевтической работы после внезапной

психической травмы), в частности у вдов, Дж. Боулби в 1961 году выделил несколько последовательных фаз в «собственной работе» горя, в частности:

1) фазу «оцепенения», которая длится от нескольких часов до недели и сопровождается интенсивными переживаниями страдания и гнева;

2) фазу «острой тоски и поиска утраченного объекта» с соответствующими поведенческими феноменами, продолжающуюся несколько месяцев и даже лет;

3) фазу «дезорганизации и отчаяния», психическое содержание которой раскрывается в ее наименовании;

4) фазу «реорганизации», то есть той или иной степени адаптации к жизни или, в более тяжелых случаях, – существованию без утраченного объекта.

В процессе первой фазы большинство обследованных реагировали на ситуацию ошеломленно, даже если она не было абсолютно внезапной, и были не способны принять это известие. Этот феномен следовало бы выделить в отдельную фазу «отрицания», так как первая реакция на внезапную психическую травму и поведенчески, и даже вербально очень нередко выражается «формулой»: «Нет! Этого не может быть!» В других случаях женщины, перенесшие внезапные утраты, были, казалось бы, совершенно спокойны и как бы ничего не чувствовали, но затем сообщали, что осознанно избегали своих чувств, так как опасались, что могут не справиться с ними или «сойдут с ума». Характерная особенность состоит в том, что обстоятельства получения трагических известий и сопутствующие им события обычно весьма смутно представлены в памяти, что наблюдалось и нами как в индивидуальных случаях, так и при массовых психических травмах.

В фазе «острой тоски» происходит осознание реальности утраты, сопровождающееся тревогой, беспокойством, иногда полной поглощенностью мыслями об утраченном объекте и оплакиванием своего горя в сочетании с некоторыми понятными, но иррациональными реакциями. К последним можно отнести, например, повторно появляющееся чувство, что «это – неправда», что «он – где-то здесь», поиск знакомого лица в толпе и т. д. Боулби отмечает, что все эти проявления не являются патологическими и должны рассматриваться как обычные свойства печали.

Апеллируя к собственному опыту и клиническим наблюдениям, в дополнение к сказанному отметим особое значение, которое для принятия утраты имеет непосредственное прощание с умершим. Если это невозможно, например в случаях «без вести пропавших» или неопознанных, даже если нет никакого

сомнения в том, что утраченный не может не быть в числе последних, потерявший близкого человека (несмотря на одновременное понимание тщетности надежды) будет охвачен бессознательным побуждением к бесконечному поиску, реагируя на каждую похожую фигуру, телефонные звонки, шаги по лестнице и т. д. и демонстрируя, таким образом, предрасположенность воспринимать любые стимулы, имеющие хотя бы формальное сходство с утраченным объектом, как подтверждающие его присутствие.

Описывая вторую фазу, Боулби также отмечает двигательное беспокойство, непрерывные мысли об утраченном объекте, особое внимание к связанным с ним предметам, внутренние или даже обращенные вовне призывы его возвращения, сопровождаемые плачем и – нередко – гневом, в том числе – в форме эмоциональных упреков умершему, который причинил столько горя. Автор особенно останавливается на чувстве гнева, которое в данной ситуации может показаться неуместным. Но тем не менее оно выявлялось в 82% изученных случаев. Объектами такого гнева являлись также родственники, священники, врачи и различные должностные лица, на которых в этих случаях переносилась часть или вся ответственность за преждевременную смерть. Как свидетельствуют наши исследования, в случаях массовых жертв по причине техногенных катастроф, а также терактов гнев еще более выражен, и часть его всегда направлена на представителей властных структур, которые не обеспечили необходимой защиты, даже если такое обеспечение было невозможным в принципе.

Достаточно характерна для этой фазы склонность к самобичеванию и демонстрации собственной вины в смерти близкого человека, включая воспоминания о каких-то малозначимых оплошностях, допущенных ошибках или неисполненных обещаниях и поручениях, обычно связанных с периодом, предшествующим смерти, а иногда – и всей жизни. Например, одна из моих пациенток (М. Р.) была непоколебимо уверена, что если бы ее муж в свое время не женился на ней, он, скорее всего, был бы еще жив, и, таким образом, не кто иной, как она является причиной его преждевременной смерти в автокатастрофе, когда он ехал именно к ней.

Из психиатрии и психоанализа мы знаем, что неизбежное чувство вины – это очень тревожный симптом, который в ряде случаев и достаточно быстро провоцирует развитие психического расстройства. К нашему счастью, хотя это

и слабое утешение, внезапные безвозвратные утраты в жизни каждого конкретного человека встречаются крайне редко, но одновременно с этим их вероятность почти никогда не прогнозируется, и как следствие мы оказываемся всегда неготовыми к ним, включая неготовность к их необратимости.

За пределами психоанализа все еще не так много внимания уделяется объектным отношениям, или тому, что на общепсихологическом языке можно было бы характеризовать термином «чувство привязанности», которое, по моим представлениям, относится к категории базисных психологических потребностей личности. Эта базисная потребность всегда более выражена в трудные периоды жизни, которых еще никому не удавалось избежать. Переживание утраты, как и травмы, естественно, возникает только в том случае, если ему предшествовало чувство искренней привязанности, и оно было достаточно сильным. С истечением определенного времени обычно находят новые объекты привязанности, но происходит это не так быстро, и здесь вряд ли уместны советы по их срочному обретению или поощрение нереалистических ожиданий (как со стороны близких, так и со стороны терапевта). В своей работе «Тотем и табу» Фрейд писал, что «траур имеет совершенно точно определенную психическую задачу», и она должна быть выполнена. Психотерапевт здесь, если к нему прибегнут за помощью, на первом этапе может быть только тем, кто присутствует, тем, кому доверяют, а также тем, кто способен терпеливо слушать или даже просто быть рядом, помогая оправиться от утраты, замены которой нет и не будет. Почему эту роль не могут исполнять ближайшие друзья или родные? У меня нет однозначного объяснения, но есть совершенно четкие представления, что после психической травмы всегда есть потребность в ее вербализации, избирательно направленная на людей, которые не были ее непосредственными свидетелями или участниками, о чем еще будет сказано ниже.

Попытки соблюдать в этом случае психоаналитическую или любую другую нейтральность по отношению к человеку, который вынужден сражаться с судьбой, можно было бы назвать «терапевтическим садизмом», сравнимым с позицией надзирателя у камеры с человеком, запертым в своем прошлом. Этот тезис не имеет ничего общего с совместным оплакиванием, утиранием слез или нежным утешением – мы, конечно же, должны оставаться в терапевтической позиции и терапевтических границах. Но мы всегда должны уметь встать на место пациента, проявить симпатию и участие, попытаться понять его утрату и

увидеть ситуацию с его точки зрения; и только если пациент почувствует это, он сможет выражать те чувства, которые переполняют его, и которые, скорее всего, он никогда не мог выразить ранее, иначе он вряд ли оказался бы у нас.

Было бы большой терапевтической ошибкой приступать к немедленной «проработке» тяжелой утраты (и еще большей – делать это на основе теории влечений), так же как и пытаться вернуть пациента к реальности, предложив ему посмотреть на ситуацию объективно или дать ее интерпретацию. Это было бы прямой дорогой к «терапевтическому отчуждению». Можно не сомневаться, что такие попытки уже не раз предпринимались родными и друзьями; и у пациента, скорее всего, накопилось достаточно гнева на их непонимание. Он и так знает, что его утрата невосполнима, но он не может с ней смириться и принять этот опустевший для него мир. Он, скорее всего, все еще не переставил ни одной вещи в комнате ушедшего, хотя и понимает, что тот уже никогда не придет. И он все равно надеется. И какими бы нереалистичными ни казались эти надежды, мы не имеем права разрушать их, впрочем, как и поддерживать. Горе должно самостоятельно выполнить свою работу, а мы – довольствоваться лишь неблагодарной ролью свидетеля того, как оно сочится из душевной раны, но именно это присутствие другого позволяет пациенту когда-либо признать, что оно почти все «вышло», и примириться с реальностью. И только после этого терапевт может стать более активным и попытаться помочь пациенту восстановить утраченное равновесие, чувства и надежды, обращенные не только в прошлое, но и в будущее.

Эта «пассивная» роль терапевта нередко оказывается чрезвычайно тяжелой. Иногда она может быть просто невыносимой. Но это и есть то единственное, что мы можем предложить пациенту на первом этапе, так как для того, чтобы выразить свою кричащую боль, мучительное чувство одиночества, жалобную мольбу о поддержке и ужас покинутости вместе со слезами бессилия, ему нужна вначале та безопасная и принимающая атмосфера, где он может их открыто проявить, не опасаясь упреков за то, что он оказался в такой, не поощряемой современной культурой, унижительной ситуации бессилия и неспособности самостоятельно справиться у этой утратой. Если эти потребности выражения горя вовне не будут удовлетворены, у них не останется иного «выбора», как быть вытесненными, и мы знаем, что в этом случае их быстро заменят симптомы психопатологии или соматизации. А если терапевт оказался недостаточно принимающим и понимающим, пациенту придется искать другие

способы «заглушить» свое горе. Что удивительно – социум обычно снисходительно принимает «запивание» горя «горькой», но не готов принять обращенные к нему плач и мольбу о помощи. Объяснение этому, в принципе, найти нетрудно – в той же работе Фрейда «Тотем и табу» анализируются (существующие в некоторых племенах) запреты на общение вдов и вдовцов даже с другими членами семьи, ибо горе – заразно. И мы – психотерапевты – лучше других знаем, что феномен психического заражения – это не миф, и сами подвержены ему. Поэтому терапевтическая работа с горем всегда предполагает гораздо большую частоту супервизий в сочетании с индивидуальными и групповыми сессиями дебрифинга для самих терапевтов.

Эта глава названа «Собственная работа горя», хотя в психоанализе общепринятым является введенное Фрейдом понятие «работа скорби», впервые упоминаемое в статье о меланхолии [81]. Эта статья подробно анализируется в одной из моих предшествующих монографий [62] и, безусловно, лежит в основе упомянутых выше исследований Дж. Боулби [5], поэтому ограничимся только этими обобщениями и установлением приоритетов. Там, где на протяжении тысячелетий люди оставались в роли пассивных наблюдателей горя и постепенного уменьшения тяжелых страданий, Фрейд первым увидел целостный психический процесс, имеющий свои закономерности течения и разрешения, увы, далеко не всегда успешного.

В итоге была разработана терапевтическая техника, которая была подобна и адекватна естественным механизмам функционирования психики и таким образом способствовала максимальной реализации этих механизмов в ситуации переживания травмы.