

ТРАВМА И ЕЕ ВЫЗОВ ОБЩЕСТВУ

АЛЕКСАНДР МАКФАРЛЕЙН
БАЗЕЛ ВАН ДЕР КОЛК *

Потрясает. Сколько кратких артобстрелов имели длительное последствие на психику оставшихся в живых. Не тогда был для них час дьявола, а сейчас; сейчас, в смятенном удушье кошмара, в онемении ног и рук, в запинаящейся речи. Во имя цивилизации эти солдаты стали мучениками, и на цивилизацию ложится долг доказать, что их мученичество не было грязным обманом.

Зигфрид Сассон

При столкновениях с требованиями внешнего мира люди всегда ради поддержки объединяются в сообщества и организации. Они стремятся к тесным эмоциональным связям с другими, чтобы помочь самим себе предупредить, встретить и интегрировать тяжелые переживания. Эмоциональная привязанность является, вероятно, основным средством защиты от чувства беспомощности и бессмысленности; она необходима для биологического выживания детей, а для взрослых без нее немислим экзистенциальный смысл жизни. Для маленьких детей семья обычно бывает очень эффективным источником защиты от травматизации, и большинство детей удивительно быстро восстанавливаются, когда у них есть защитник в семье (Werner, 1989). Взрослые люди тоже полагаются на семью, коллег и друзей, дабы создать для себя своего рода защитную мембрану. Признавая потребности в установлении эмоциональных связей в качестве защиты от травмы, авторы утверждают, что самым важным условием для преодоления несчастья является обеспечение и восстановление социальной поддержки.

Типы общества различаются, главным образом, в зависимости от принятых в них норм относительно взаимных обязательств между индивидами и окружением. Различные по типу общества вырабатывают и различные способы совладания с травмирующими переживаниями. Независимо от

* *Bessel A. Van der Kolk* – доктор медицины, директор Центра травмы – Массачусетский центр психического здоровья, Гарвардская медицинская школа, Бостон, США; *Alexander C. McFarlane* – доктор медицины, Центр травмы.

относительной ценности, придаваемой обществом индивидуализму или конформизму, в ситуации угрозы у людей просматривается универсальная тенденция к формированию тесных связей с другими людьми или сообществами. Фрейд (1926-1959) отмечал, что, чем ужаснее внешняя угроза, тем сильнее становится преданность группе; в экстремальных условиях, например во время войны, люди могут зайти в этой преданности настолько далеко, что жертвуют собственной жизнью ради обеспечения выживания группы. Эрнст Беккер назвал возникающее в этих условиях глубокое чувство принадлежности к группе “приручением ужаса” (Becker, 1973). По аналогии с представлением Фрейда о том, что травма приводит к прорыву в “мембране мышления” (1919/1921), Линди и Тиченер назвали социальную поддержку, оказываемую потерпевшим, “травматической мембраной”.

Когда собственные ресурсы человека исчерпаны, для компенсации его беспомощности требуется помощь извне.

При острой травме социальная среда, как правило, реагирует великодушно – от утренних племенных церемоний до помощи Красного Креста; в каждом типе общества сформированы социальные и религиозные структуры, призванные помогать остро страдающим людям вплоть до того момента, пока они вновь не смогут жить самостоятельно. Внешняя оценка реальности и подлинности травматического переживания, которая осуществляется в сопутствующих условиях безопасности и поддержки, – жизненно важный аспект предупреждения и лечения посттравматического стресса. Однако создание подобных условий может стать сложной проблемой, если психологические потребности пострадавших и потребности их социального окружения вступают в противоречие друг с другом. Когда беспомощность пострадавшего сохраняется в течение длительного времени (как, например, при хроническом посттравматическом стрессовом расстройстве – ПТСР), а также когда причина травмы скрыта, запрещена к раскрытию либо неприемлема с моральной точки зрения (санкционированное властями преступление, внутрисемейное насилие и пр.), травма вряд ли приведет к мобилизации внешних ресурсов, возмещению ущерба (реституции) или к общественному заступничеству во имя справедливости. Из-за недостатка легализации и поддержки травматические воспоминания, скорее всего, будут продолжать угнетать пострадавшего, выражаясь в гневе, избегании и в других формах разрушительного поведения.

Религия, сообщество и травма

Одна из основных функций человеческих сообществ – обеспечение своих сограждан традициями, установлениями и ценностями, которые могут защитить их от разрушения стрессогенными переживаниями. Религия выполняет важнейшую функцию обеспечения смысла деятельности в ужасающей реальности, оценивая страдания в более широком контексте и ут-

верждая общность мучеников, соединяющую их через поколения, пространство и время. Таким образом, религия способна помочь людям преодолеть погруженность в собственные страдания, перешагнув через них. Однако только очень немногим пострадавшим от травмы удастся избежать беспощадного понимания того, что их боль, обманутое доверие и потери не имеют для окружающих никакого значения. Для многих пострадавших это осознание становится одним из самых болезненных уроков, преподносимых травмой. Зачастую они чувствуют себя брошенными и преданными самыми близкими людьми. Увы, нередко страдание не приносит жертве повышенного чувства любви и значимости со стороны других. Оно, скорее, приводит к одиночеству и разрушению веры.

Мнение, что *ПТСР* проявляется как нормальная реакция на ненормальные условия, подразумевает, что люди, как правило, могут держать свою судьбу под контролем. Эта вера в то, что люди способны управлять собственной судьбой, – относительно недавняя разработка, проникнутая, бесспорно, оптимистической позицией. Похоже, что упадок религии в нашей культуре является функцией подъема веры в предсказуемость жизни, сопровождаемой надеждой на то, что люди могут распоряжаться собственным будущим без божественной помощи. Восточные религии, в частности, не сулят своим последователям способности контролировать собственную судьбу. Индуизм и ислам учат, что жизнь полностью зависит от рока, и человек должен покориться воле Аллаха. До сих пор не проводилось сравнительных научных исследований степени распространения *ПТСР* в странах, где эти религии имеют значительное влияние. К сожалению, отсутствует информация и о способах формирования этими религиями реакции людей на травму.

Суцность травмы: критический вопрос значения

Жертвы травмы часто становятся объектами жгучего интереса со стороны окружающих – интереса, не имеющего прямой связи с благополучием пострадавшего. Их могут идеализировать и поощрять или, с той же легкостью, клеймить и отвергать. Существуют документы, раскрывающие, как в период 1947-1984гг. население Израиля колебалось между двумя этими полярными позициями по отношению к тем, кто уцелел после холокоста, – минуя середину, не обращаясь с ними как с собратьями, которым суждено было пережить опыт, непередаваемый словами (*Solomon, 1988*).

Личностное значение травматического переживания для индивида обусловлено социальным контекстом. Между тем, пострадавшие и их окружение могут иметь различные оценки по поводу как самого происшедшего, так и силы страданий жертвы. В результате у потерпевшего и его окружения могут сложиться прямо противоположные мнения о впечатлении, восстановлении, забвении и мести... Эти конфликты между оценками зна-

чения травмы в некоторых случаях становятся ступенью увековечения травмы в более широком социальном механизме. В результате, вскоре после травматического события центральным вопросом может стать не травма как таковая, а распределение вины и ответственности.

Травмы провоцируют эмоциональную реакцию, по силе прямо пропорциональную степени сопровождающих их угрозы и ужаса. Одним из способов справиться с подобными интенсивными эмоциями выступает поиск “козла отпущения”, на которого взваливается ответственность за трагические события. Члены семьи и другие источники социальной поддержки могут быть настолько напуганы настойчивым напоминанием о том, что случившаяся с их близкими трагедия может затронуть также и их жизнь и благополучие, что начинают внутренне избегать пострадавших и обвинять их в происшедшем, – феномен, названный “вторичной раной”. Многие личные высказывания выживших после травм подтверждают, что отсутствие поддержки от людей, на помощь которых они рассчитывали, обвинения в том, что пострадавшие доставили им ужасающие переживания, оставляли едва ли не более глубокие шрамы, чем сами травмирующие события. Жертвы часто чувствуют именно то, в чем обвиняют: они испытывают чувство стыда и отвращения от неудачной попытки предотвратить случившееся. Так, для многих пострадавших брешь в их отношении к себе, в их представлении о себе, становится частью травматического переживания.

Как сами жертвы ПТСР, так и сообщество, от которого требуются сочувствие, терпимость или финансовые пожертвования, делают ставку на то, что на самом деле травма не является причиной страданий потерпевшего. С одной стороны, окружение обижается на то, что иллюзии безопасности и предсказуемости, которые на протяжении жизни поддерживали их существование, нарушены людьми, напомнившими, насколько хрупкой может быть безопасность. С другой стороны, одним из последствий травмы часто является снижение способности выражать словами связанные с ней эмоции и переживания. Будучи не в состоянии дать связный отчет о травме окружающим и даже самим себе, жертвы затрудняются и в выражении своих потребностей. Это роковое сочетание – невольного желания наблюдателей избежать переживаний, связанных с болью другого человека, и преследующих жертву трудностей в выражении собственных ощущений и потребностей, – крайне осложняет для последней ту концентрацию, которую требует проработка травмы. И поскольку пострадавший не в состоянии дать четкое изложение сути случившегося, травматические воспоминания начинают вести собственную жизнь в качестве беспокоящего симптома, а жертва становится пациентом.

Когда травматические воспоминания остаются непроработанными, травмированный человек склонен уподобляться павловской собаке: легкие

напоминания становятся условными стимулами повторного переживания ощущений и чувств, принадлежащих пугающему прошлому... Многие пострадавшие пытаются совладать со своей повышенной сензитивностью, планируя жизнь таким образом, чтобы не видеть, не слышать, вообще не участвовать в жизни на эмоциональном уровне. Другие погружаются в работу – сферу жизни, где они чувствуют себя наименее уязвимыми. Результаты исследования в Гарварде 50-летних мужчин 1940-1990гг. показали, что индивиды с развившимся после Второй мировой войны ПТСР гораздо чаще упоминаются в справочнике “Кто есть кто”, чем их нетравмированные сверстники (*Elder, Clipp, 1988*). Однако даже профессиональный успех не может компенсировать многим пострадавшим глубоко скрытое чувство, что они не приспособлены, что они чужестранцы, принадлежащие утраченному миру.

Личная vs. общественная ответственность

Отношение общества к пострадавшим редко бывает результатом объективных и взвешенных оценок. Это, скорее, результат защитных импульсов, служащих поддержанию веры в то, что мир по сути своей справедлив, что “добропорядочные” люди могут управлять своими жизнями, и что плохое случается только с “ненадежными”, “непредсказуемыми” людьми. Хотя окружающие способны на искренние спонтанные вспышки благородства по отношению к жертвам острой травмы, длительное присутствие пострадавшего как пострадавшего наносит удар по их вере (по крайней мере, в западной культуре) во власть человека над собственной жизнью. Жертвы – это члены общества, чьи проблемы представляют собой постоянное напоминание о страданиях, гневе и боли мира, что все остальные стремятся забыть.

Поскольку воздействие травмы затрагивает основную социальную проблему личной ответственности, весьма не просто сохранять эмоциональный нейтралитет при работе с жертвами травмы. Как отмечает Джудит Герман, “исследовать психологическую травму – значит, сталкиваться лицом к лицу как с уязвимостью человека в реальном мире, так и со злом, присутствующим в природе человека. Исследовать психологическую травму – означает быть свидетелем ужасных событий. Когда травматические события являются делом рук человеческих, свидетели захвачены конфликтом между жертвой и преступником. Невозможно оставаться нейтральным по отношению к этому конфликту. Свидетель вынужден принять чью-либо сторону. Весьма соблазнительно встать на сторону преступника. Все, чего просит преступник, – чтобы наблюдатель ничего не делал. Он апеллирует к свойственному всем желанию не видеть, не слышать и не говорить ничего злого. Напротив, жертва просит свидетеля разделить бремя боли. Жертва требует действия, вовлеченности и активной памяти. После каждого случая

зверства вполне естественно ожидание хорошо известных аргументов: этого никогда не было, жертва обманывает, преувеличивает; в конце концов, жертва должна все взять на себя; и уж, во всяком случае, было время забыть все и двигаться дальше. Чем больше вина преступника, тем весомее его право определять реальность, тем большим перевесом обладают его аргументы. При отсутствии мощного политического и общественного движения в защиту прав человека активный процесс свидетельствования неизбежно дает свободу активному процессу “забывания”. Подавление, разобщение и отрицание – в такой же степени социальные феномены, как и личностное осознание” (Herman, 1992).

Проблема ответственности, как личной, так и разделенной с другими, составляет ядро вопроса о том, как общество определяет само себя. Станут ли неизбежные травматические события, выпадающие на долю членов общества, *разделенным* моральным и финансовым бременем или пострадавшие останутся предоставленными самим себе, и на них же будет возложена вся ответственность за постигшее их несчастье? Будет ли у людей право на поддержку, когда собственные ресурсы иссякнут, или они будут вынуждены перемогать свое страдание в одиночку, не ожидая никакой компенсации за боль и страдание? Учат ли людей быть внимательным к чужой боли (и учиться на уроках прошлого) или в обществе культивируется “поджимание губ” и устранение от сопереживания чужому травматическому опыту? Это коренные вопросы нашего существования.

Вместе с тем, совершенно очевидно, что и индивид и общество, которые фокусируются на прошлых утратах, теряют гибкость, необходимую для настройки на будущее. Известно также, что и индивид и общество, не имеющие культурных мифов о возможности успешного преодоления бедствий, утрачивают ту составляющую их идентичности, которая служит путеводителем при структурировании реакций на текущие требования. ... Р.Хьюгес в своей работе “Культура жалобы” красноречиво доказывал, что травма и виктимизация могут служить тотальным оправданием, позволяющим избежать дискомфорт необходимого самоэкзамена.

Сложность проблемы социальной поддержки демонстрируют следующие данные. После перенесенных сердечных приступов люди, получающие достаточную социальную поддержку и обладавшие хорошим самоконтролем, реабилитировались значительно быстрее, чем не имевшие ни первого, ни второго. В то же время пациенты, получавшие достаточную социальную поддержку, но не обладавшие в необходимой степени внутренним контролем, выздоравливали медленнее, чем их собратья по несчастью с недостаточной социальной поддержкой, но с развитым самоконтролем. Эти данные служат подтверждением гипотезы о том, что социальная поддержка при отсутствии внутреннего контроля может затормозить процесс выздоровления. Поскольку общепринятым считается положение, что травма ослаб-

ляет внутренний контроль, решающим становится следующий вопрос: где границы той оптимальной дозы социальной поддержки, которая достаточна для восстановления чувства самоэффективности и не грозит стать ему помехой?

Таким образом, в то время как ряд исследований показывает, что адекватная социальная поддержка служит весомым средством защиты против развития расстройств, вызванных травмами, работа вышеупомянутых авторов доказывает, что ее наличие не всегда дает лучший результат, сравнительно с ее отсутствием. Эффективность социальной поддержки зависит от степени получаемого пострадавшим комфорта и, вместе с тем, от того, насколько оказываемая поддержка усиливает мотивацию пострадавшего снова начать управлять своей жизнью. Эта проблема еще больше осложняется тем фактом, что независимо от уровня предлагаемой поддержки, отрицание посттравматических проблем несет в себе риск закрепления травматического поведения, в форме, например, жестокости по отношению к себе и к другим, недостатка внимания к текущим жизненным задачам, вялой личностной и профессиональной деятельности.

После распада коммунистической системы вопрос о готовности и способности общества обеспечить поддержку претерпевающим дезадаптацию людям стал предметом интенсивного публичного обсуждения. ... Социальный дарвинизм в его современной форме – так называемого “экономического рационализма” – утверждает, что соревнование и выживание наиболее приспособленных индивидов представляет собой высший тип общественной динамики, и что всякого рода “лишения” благоприятствуют “креативной адаптации”. Такая постановка вопроса предполагает, что работа о беспомощных людях служит активным препятствием принятию ими ответственности за свои жизни. Хотя в современном нам мире социального дарвинизма пострадавшие уже не требуют никаких обязательств со стороны общества, которые способствовали бы их реабилитации или облегчали груз непосильных социальных проблем, они продолжают выполнять в обществе полезную функцию. Чем больше состояние этих людей отличается от нашего собственного, тем более защищенными мы себя чувствуем, продолжая думать, что “плохие вещи” случаются только с “невезучими”, “неполноценными” или с генетически ущербными.

Ужасно то, что игнорирование реальности травм в человеческой жизни охватывает и психиатрические учреждения, где оно стало обычной реакцией на возрастающий уровень травматизации в обществе. ... Студенты-медики и психиатры, проживающие при клиниках, до изнурения изучают довольно не ясные заболевания типа хорееи Гентингтона или навязчиво-компульсивного расстройства (*ОКР*), не сталкивающие их с проблемами скорби и насилия, тогда как травматическим расстройствам уделяется крайне ограниченное внимание. Такое состояние дел иллюстри-

руют следующие материалы: по данным отчетов в 1992г. 2936 детей в США подвергались оскорблениям и/или пренебрежительному отношению (Государственный Центр пострадавших, 1993г.), и у значительной их части, как можно полагать, могли возникнуть травматические расстройства. Тем не менее, к началу 1996г. во всем мире было опубликовано только одно фармакологическое исследование лечения *ПТСР* у детей (*Famularo & Fenton*, 1988). Для сравнения: за последние десять лет проведено 13 исследований психофармакологического лечения навязчиво-компульсивных расстройств у детей и 36 – лечения рассеянного гиперактивного расстройства. Последнее расстройство представляет особый интерес, так как имеет высокую степень соотнесенности с *ПТСР*. К такому выводу подводит одно из исследований, проведенное на выборке девушек, перенесших сексуальную травму. 28% из них подпадали под диагностический критерий гиперактивности, в контрольной группе (не травмированных) – 4% (*Putnam*, 1989). Тем не менее, ни в одном из 36 исследований детей с диагнозом рассеянного гиперактивного расстройства не было предпринято попытки – проверить наличие травмы в их истории и влияние фармакологических агентов на связанные с травмами симптомы.

Повторное проигрывание травмы

В противовес распространенному мнению, только очень незначительное число пострадавших выдвигают настойчивые требования компенсации и особых привилегий, адресованные обществу и государству. Многие полностью отдаются своим страданиям. Их сдерживает чувство стыда и беспомощности, а также потребность в сохранении самоуважения и независимости. Другие шумно утверждают травму повторным самотравмированием или травмированием других в рамках собственных семей и за их пределами.

Большинство пострадавших, осознавших воздействие травмы на их жизнь, сохраняют защитные инстинкты и неоднозначно относятся к возможности того, что окружающие узнают о происшедшем. Например, жертвы изнасилования хорошо сознают риск огласки случившегося: им не поверят или будут их порицать, их сексуальная жизнь будет выставлена на всеобщее обозрение и подвергнута тщательному изучению. Публичное признание домашнего насилия трудноосуществимо или вовсе невозможно из-за чувства стыда, вызванного звериной жестокостью супруга, неспособностью защитить себя и детей, неудачей в попытке создать счастье в семье и сознанием собственного физического и финансового бессилия. При рассмотрении семейных и любовных связей особенно сложно провести границу между доверием и легкомыслием или неуспешной самозащитой. В прежние годы некоторые феминистские группы добивались введения строгих правил в сфере любовных связей. Впоследствии эти попытки были

определены как “снисходительный патернализм социальной благотворительности по отношению к жертвам”.

Вопрос об определении границ ответственности в вопросах самозащиты стоит в центре кипения страстей, споров, вызываемых проблемой ПТСР. Жестокость в интимных отношениях может вести к умалчиванию, как к истинным, так и ложным обвинениям; и несостоятельности в принятии ответственности за происходящее. Боязнь быть брошенной, остаться одной – основной элемент домашнего насилия. Жестокие партнеры пытаются контролировать свои семьи путем внушения страха; привязанность к мучителю может перевесить стремление сбежать; а опасение неспособности позаботиться о себе и начать самостоятельную жизнь окончательно лишает жертву возможности выбора иных вариантов (*Van der Kolk, 1989; Dutton & Painter, 1993*). Многие избитые женщины и дети, доставленные в приемные покои больниц с ранами и переломами костей, сочиняют оправдательные истории, чтобы защитить своих мучителей (к большому облегчению медперсонала, представители которого счастливы освободиться от необходимости вмешиваться в “дрязги посторонних”). Как уже говорилось, признание себя жертвой (или преступником) связано с преодолением стыда за родственника. Осознание жестокости и ее губительного воздействия на жизнь жертвы требует от человека решения порвать с родственником и продолжать жить без него.

Если воспоминания о насилии в детском возрасте, о домашнем насилии, войнах и пытках не проработаны, они приобретают тенденцию проявляться в иррациональных симптомах – типах поведения, являющихся производным неразрешенных аспектов травмы. Люди, прожившие длительное время в обстановке насилия, могут так и не узнать или прочно забыть правила цивилизованного поведения. Растерянность и беспомощность жертв выражаются в пассивности и неспособности принять ответственность. Паттерны страха и разобщенности могут нарушать способность словесного выражения переживаний и потребностей (*McFarlane, 1990*).

В то время как травмированные люди могут даже считать себя излечившимися, их установки продолжают нести на себе печать страха оказаться брошенными, что выражается в трогательном согласии со своими мучителями. Пассивность мешает им распознать роль, которую они играют в том, что мучение продолжается. Пассивность и беспомощность могут сменяться вспышками гнева и возмущения, при этом жертвы, видимо, не осознают, какое действие на окружающих оказывают эти эмоциональные всплески и угрозы. Ни пассивность, ни запугивание не оставляют места для понимания других и отзывчивости на их нужды.

Хотя и пострадавшие, и наблюдатели испытывают сильные эмоции, сталкиваясь с поведением подобного типа, похоже, что и те, и другие упускают из вида факт, что жертвы прикованы к прошлой травме. Вместо

этого обе стороны будут придумывать сложные причины, оправдывающие эти внезапные реакции: тщательно продуманные жалобы со стороны жертвы и носящие уничижительный смысл высказывания диагностического характера со стороны наблюдателя. И жалобы, и оценки имеют целью вернуть сторонам чувство контроля. Забавно, однако, что и то, и другое, скорее всего, увековечивают травму в интерперсональной сфере, разделяя стороны на доминирующую и подчиненную... Таким образом, травма продолжает проигрываться между беспомощным просителем/жертвой/защитником и хищником/манипулятором/угнета-телем. Определение жертв как “выживших” – эвфемизм, отрицающий реальность *дихотомии беспомощности*.

Преимущества и цена защиты

Травма может служить *катализатором социальных изменений*, – выражая собственные невзгоды, многие социальные критики, политические лидеры, артисты обретают способность трансформировать травму в инструмент помощи другим людям. Например, Дж.Гриер, описывая протекание ПТСР после второй мировой войны у своего отца, отмечала:

“Когда [военные врачи] обследовали людей с некоторыми психическими расстройствами, они почти всегда обнаруживали, что корень их – в довоенных переживаниях, по большей части домашних: больные люди не были первоклассными бойцами... Проблема в том, что не война ослабляет человека, но слабый человек не может одолеть войну. Власти примирились с их несчастьями, обвиняя их в трусости. Но они были слишком усталы и разочарованы, чтобы испытывать страх”.

Заброшенное детство, необходимость поддерживать отца и оказывать ему помощь в его страданиях подготовили ее к разработке ряда положений о сексуальном доминировании (в его уродливых проявлениях: изнасиловании, инцесте, домашнем насилии и пр.), которые получили развитие в ее зрелых работах. Многие лидеры движения сопротивления времен Второй мировой войны стали впоследствии лидерами, посвятившими себя идее объединения Европы. Энтони Иден и Гарольд Макмиллан, ветераны войны во Франции, стали премьер-министрами от консервативной партии и внесли большой вклад в обеспечение социальной безопасности Англии. Как мы видим, хотя в первый момент травматический опыт приносит личные страдания, он может замещаться социальной или какой-либо другой творческой активностью и служить, таким образом, мощным орудием социальных изменений.

Но так происходит далеко не всегда. Нежелание и неспособность иметь дело с тяжелым состоянием жертв травмы может оказаться губительной для общества. Цена повторного проигрывания травмы в форме насилия над

детьми, жестокости по отношению к близким, недостатка продуктивности буквально ошеломляет.

Неспособность увидеть реальность травмы может свести на нет и политические направления. Так, размышляя над последствиями Первой мировой войны, можно предположить, что именно недооценка воздействия травмы на трудоспособность ветеранов, социальная нетерпимость к их “слабости” могли внести вклад в последующий рост немецкого фашизма и милитаризма. Немыслимые военные репарации в рамках Версальского договора унизили и без того униженную Германию. Народ Германии, как следствие, безжалостно обращался со своими ветеранами, считая их “моральными инвалидами”. Каскад обрушившихся на них унижений стал шагом к расшатыванию основ системы прав человека при нацистском режиме; истребление слабых и уже вступившее в силу моральное оправдание угнетения “низших” людей могут служить объяснением развязки следующей мировой войны.

После Второй мировой войны, однако, государства усвоили уроки поражения нацистской Германии и имперской Японии: США оказали поддержку побежденным странам в рамках плана Маршалла, что сформировало экономическую базу мира на земле на последующую половину века. В самих США тот же дух благородства породил “*GI Bill*”, благодаря которому миллионы ветеранов получили образование, что повысило общее экономическое благосостояние страны, создав хорошо образованный средний класс. В то же время администрация сообщества ветеранов начала создавать систему медицинской помощи ветеранам войны. Интересно, однако, что при всей разумности отношения к вернувшимся ветеранам, не было уделено ни малейшего внимания психологическим шрамам войны... В 1982 году один из нас провел обследование трехсот ветеранов Второй мировой войны в амбулаторном отделении госпиталя ветеранов и установил, что 85% пациентов страдали *ПТСР*, хотя ни у одного пациента в медицинской карте не было соответствующего психиатрического диагноза.

Для проникновения вглубь травмы людям, организациям и сообществам необходимо предпринять некоторые адаптивные действия. Необходима ориентация на подход, обеспечивающий решение проблемы, ибо чрезмерная интроспекция может воспрепятствовать излечению от травмы. В то же время полное пренебрежение к прошлому не позволит пострадавшим извлечь уроки из уже имеющегося опыта. Как видно, чрезвычайно важно знание границы между действиями, способствующими восстановлению, и действиями, возобновляющими травму. Это положение справедливо как на индивидуальном, так и на социальном уровнях.

Так, в одной из работ было выявлено, что группы травмированных подростков находили способ свести к минимуму воздействие физических ос-

корблений на их жизни, но за счет того, что они втянулись в издевательства над сверстниками, не осознавая ни причин, ни последствий своих действий.

При взаимодействии с травмированными людьми, изживающими свои переживания через действия, психиатрам и специалистам необходимо, с одной стороны, уважать естественное стремление пострадавших предпринять какие-то шаги для преодоления посттравматической беспомощности, а с другой – помочь им найти способы избежать опасности закрепления травмы в новом социальном контексте. ... При этом надо учитывать, что конфронтация прошлому – деликатный процесс, который может осуществляться только с пользующимися доверием людьми и организациями, поскольку всегда остается риск, что выставление напоказ своих ран не вызовет конструктивной реакции, а воззвание к помощи обернется порицанием пострадавшему.

Социальная изоляция vs. интеграция

Как уже было сказано, обоснованность и объективность не являются основными детерминантами социальной реакции по отношению к травмированным людям. Скорее, реакция общества представляет собой защитный импульс, имеющий целью поддержать веру в изначальную справедливость мироустройства, в способность людей управлять своей жизнью и в то, что плохое случается только с людьми, заслужившими плохое. Тот, кто приносит дурные вести, считается опасным. Многие люди склонны подозревать, что пострадавшие заражают общественный механизм, подрывая основы самоуважения, истощают материальные запасы общества и живут за счет сильных. Слабость – это помеха, и после первого порыва сочувствия слабые отбрасываются, как паразиты и носители социальных болезней.

Общество может выполнять обязательства перед пострадавшими только в том случае, если принимает следующие два постулата:

1) пострадавшие не несут ответственности за то, что стали пострадавшими;

2) если пострадавшим не оказывать помощи в борьбе с воспоминаниями о травме, результатом станут их ожесточение и озлобление, они станут ненадежными и рассеянными работниками, невнимательными родителями и/или будут использовать наркотики и алкоголь, чтобы справиться с трудно переносимыми переживаниями.

Чрезвычайно сложна проблема самопорицания. Ряд исследователей многократно отмечали, что люди, однажды перенесшие травму, подвержены повторной травматизации (*Breslau, Davis, Andreski, 1995*). Система их самозащиты как бы утрачивает свою сохранность, и они склонны погрязнуть в обиды.

Проблемы повторной виктимизации имеют огромные последствия для социальной политики. Можно ли создать общество, дающее пострадавшим все необходимое, в том числе и защиту от дальнейшего вреда? Окажутся ли благополучные демократические государства северной Европы способными предотвратить циклы жестокости? И если да, то произойдет ли это за счет поощрения инициативы наиболее заинтересованной части общества? ... Ответы на эти и другие вопросы находятся вне рамок данной статьи, но сами вопросы подлежат изучению.

Клинические исследования открыли нам факт, что проявление терпимости к состоянию жертв и степень этой терпимости в известной мере являются следствием того, как здоровые люди справляются с собственными несчастьями. Если они принимают реальность своих ран и страданий и принимают собственную боль, то это перерастает в терпимость и сочувствие к другим. Напротив, если люди отрицают влияние собственной травмы и притворяются, что ничего страшного в их жизни не произошло и все не так уж плохо, и, хуже того, если они идентифицируют себя с агрессорами, то и с другими они будут обращаться с той же жестокостью, с какой обходятся с собственными ранами. Идентификация с агрессором делает возможным обходить сочувствием себя. И как следствие – других.

Споры о “ложной памяти”

Обеспечение *возмещения* служит косвенным признанием того факта, что некому лицу нанесен ущерб. Тем самым создаются сложные ситуации в судебной практике и в области психиатрии, когда пострадавший призывает свидетелей к показаниям по поводу виновности некоего лица или инстанции. Предполагая, что ложное обвинение содержит в себе бóльшую социальную опасность, нежели отказ жертве в поддержке, законодательная система придерживается строгих правил, регулирующих предъявления свидетельских показаний против обвиняемых. Споры о “ложной памяти” касаются самой сути принципов социальной справедливости: обе стороны в этих спорах претендуют на высшую моральную обоснованность. Пострадавшие могут стать молчаливыми свидетелями язвительных споров о том, насколько можно доверять травматическим воспоминаниям и считать их точными. При растущей предубежденности в том, что многие травматические воспоминания “внушены” психотерапевтами, пострадавшие нередко подозреваются в даче ложных показаний, тогда как на стороне преступника остается, играя в его пользу, преимущество сомнения, благодаря чему он может избежать соответствующего наказания. В существующей ситуации, например, более принято доверять памяти родителей, невзирая на документально подтвержденный алкоголизм, которым они страдают много лет, и обусловленные им провалы в сознании, а не здравомыслящим мужчинам

и женщинам, ищущим лечения от навязчивых образов пережитого в детстве и юношестве ужаса.

В прежние годы немногие люди, осознав свои воспоминания о сексуальном насилии, обращались в суд с иском к насильникам, и лишь малая часть обвиняемых была признана действительно виновными. Если верить средствам массовой информации, сегодня эта проблема приобретает характер эпидемии, но изучение судебных протоколов штата Массачусетс показывает, что подобные судебные иски и сегодня крайне редки, сравнительно с действительным количеством случаев сексуального насилия над детьми. Например, в 1993г. отдел социального обеспечения подтвердил 2149 случаев сексуального насилия. Но за период 1990-1994гг. отмечается всего четыре случая, когда подростки обращались в суд, обвиняя предполагаемых насильников. Один из случаев уникален: священник был осужден за сексуальные посягательства на 155 детей.

Движение “ложные воспоминания” утверждает, что тысячи женщин, принадлежащих среднему классу, посещают терапевтов, которые и “внедряют” в их головы ложные воспоминания об изнасиловании. Однако текущие исследования показывают, что:

1) не доказано с очевидностью, что травмирующие воспоминания могут быть просто *внедрены* в ум человека;

2) феномен восстановления воспоминаний о забытых травматических переживаниях одинаково встречается как у мужчин, так и у женщин, причем у людей, посещающих психотерапевтов, он наблюдается не чаще, чем у тех, кто их не посещает;

3) посттравматическая амнезия не является классово обоснованной;

4) количество случаев полной амнезии, вызванной травматическими переживаниями, встречается в три раза чаще у испанцев и в два раза чаще у афро-американцев, чем у белых американцев (*Elliot & Brier, 1994*).

Большая часть случаев сексуального оскорбления, возможно, остается незафиксированной и никогда не попадает в зону внимания психиатров и юристов.

Проблемы опеки над детьми в значительной степени усложняют вопрос о ложных обвинениях, поскольку дают мотив для предъявления таковых: было установлено, что не менее 25% заявлений о сексуальных оскорблениях от опекаемых детей ложны.

Хотя само существование отсроченных воспоминаний, сопровождающих почти все возможные формы травмы, документально доказано уже более столетия назад, существуют серьезные сомнения, касающиеся *точности* восстановленных воспоминаний. Одним из существенных факторов служит то, что травматические воспоминания отличаются фрагментарным характером, и рассказ, конструируемый пострадавшим на базе этих отпечатков, является функцией уровня развития пострадавшего и подчинен социальным

требованиям. Как и в подобном споре сто лет назад, дебаты по этим вопросам фокусируются на проблемах, с одной стороны, нераскрытых подавленных воспоминаний и, с другой, внушаемости.

Споры о “ложных воспоминаниях” показывают, что люди, пытающиеся приподнять завесу с тайны домашнего насилия, могут оказаться повторно травмированными, попадая под подозрение во лжи; наряду с этим, важно признать необходимость самого пристального внимания к вопросу предотвращения ложных обвинений в насилии. И, наконец, обвинение в таком отвратительном преступлении само по себе представляет травматическое переживание с непредсказуемыми последствиями.

Отмечается нарастание неблагоприятного отношения к обвиняемым в сексуальном насилии. Обвиняемые родители и консультативный совет экспертов создали активно действующую организацию адвокатов, названную “фондом синдрома ложных воспоминаний”, стремящуюся дискредитировать заявления подростков о сексуальном насилии в детском возрасте. Эта организация утверждает, что имеет место эпидемия ложных обвинений, спровоцированных психотерапевтами, которых они называют “движением восстановления памяти”. Организация утверждает, что присутствует “синдром ложных воспоминаний”, обусловленный применением психотерапевтами неадекватных методик при работе с пациентами, легко поддающимися внушению. Правда, наличие такого синдрома не доказано с очевидностью. Однако, нет разногласий по поводу того факта, что некоторые психотерапевты стремятся свести большую часть психологических проблем пациентов к детским историям сексуального насилия. И с тем же единодушием признается, что некоторые психиатры игнорируют значимость влияния сексуального насилия в детском возрасте на генезис психиатрических проблем, отрицают клиническую важность обширного числа публикаций по исследованию опустошающего воздействия насилия в детском возрасте на последующее развитие личности.

Вопрос истинных и ложных обвинений в сексуальном насилии – крайне животрепещущий, ибо связан с невыразимым страданием, вызванным воспоминаниями, жертв, и с расстройствами, возникшими в результате обвинений как у справедливо, так и у ложно обвиненных родителей. В результате группа “ложных воспоминаний” потребовала введения в некоторых штатах Акта защиты психического здоровья потребителей (СМНРА) – закона, объявляющего “терапию восстановления памяти” уголовным преступлением...

Будет очень жаль, если легитимное отношение к затруднительному положению ложно обвиненных повлечет за собой неопределенность отношения к тому реальному вреду, которое являет насилие над детьми.

Спор о “ложной памяти” еще более поляризует мнения людей, убежденных и сомневающихся в реальной значимости проблемы травматиче-

ского стресса; вопросы клинической практики и научные вопросы все больше теряются в общей массе аргументов. По оценке департамента суда США, каждый год 250 тысяч детей подвергаются насилию, преступники крайне заинтересованы в том, чтобы спрятать заключения о влиянии насилия и домогательств под сукно. Более того, это относится не только к людям, которые детскую проституцию превратили в средство наживы, к педофилам, насильникам над детьми и супругам, жизненно заинтересованным в отрицании реальности воздействия травмы. Мощные социальные организации, такие как страховые компании и вооруженные силы, в глазах которых жалобы на причиненный вред и требование страховых выплат выступают, прежде всего, как поставленные на кон огромные суммы денег, тоже выигрывают от принижения роли того влияния, которое травма оказывает на человеческую жизнь. К несчастью, заинтересованность в отрицании реальности травмы столь велика, боязнь материальных потерь столь глубока, а потребность общества в наличии специфических групп людей, которых можно порицать за наши беды, столь всеобъемлюща, что эти споры вряд ли будут вестись на основе уважительного отношения к фактам.

Наследство, оставленное травмой обществу

Как отмечалось ранее, пострадавшие часто попадают в ловушку собственной потребности воссоздавать травматическое прошлое. Это вынужденное повторение ярко продемонстрировано жертвами пережитого в детстве сексуального насилия, которых один из авторов метко назвал “подсадными утками” для последующей виктимизации. Многие пережившие травму люди строят свою дальнейшую жизнь вокруг основного конфликта – между страхом повторной травмы и настойчивой потребностью в утешении извне. Сочетание такого рода интенсивных опасений и требований обладают способностью провоцировать необычную реакцию у специалистов, к которым жертвы обращаются за лечением и защитой. Взаимодействие с пострадавшим требует от психологов и психиатров постоянного осознания своих субъективных реакций и в числе прочего – собственной потребности в защите, обостряющейся в ответ на тот поток информации, которую обрушивают на них пациенты, измерившие темнейшие глубины жизни. Психологи и психиатры с готовностью впадают в роль то “спасителя”, то “преследователя”. Напряженная эмоциональная смесь сочувствия и агрессивности может оказаться для них слишком изматывающей. А главное, обе эти роли, в конечном счете, ведут к повторению травмы.

Каждый из социальных институтов, существующих в обществе, выполняет свойственную им функцию в определении реакций и установок по отношению к пострадавшим. Так, законодательная система играет важную символическую и практическую роль в регуляции агрессивных импульсов в обществе. Уголовный кодекс в любой культуре служит основным внешним

заслоном на пути распространения жестокости, виктимизации и мести. Отбирая право на месть у отдельного индивида, закон обеспечивает систему контролируемого возмездия и наказания преступника и, тем самым, предотвращает эскалацию конфликта внутри общества. Страдания жертвы тоже требуется сдерживать, подобно тому, как сдерживаются жестокость и месть. От любого цивилизованного общества требуется обеспечить “зонтик”, под защитой которого дети будут расти, не зная жестокого и грубого обращения, жертвы могут получить возмещение за свои утраты, и люди будут в состоянии жить до глубокой старости, не ощущая беспомощности.

Другие социальные структуры и организации, не считая суда, систем медицинского и социального обеспечения, служат иным, не менее важным задачам, помогая, скажем, людям извлекать смысл из пережитого страдания, унижения и ярости. Дни памяти и общественные мемориалы (типа расположенного в Вашингтоне мемориала войны во Вьетнаме) создают время и место, куда ветеранам можно прийти, чтобы, погрузившись в общее празднование, подняться над своим личным гневом или беспомощностью. Функция социальной трансформации травмы находит также свое воплощение в людях, сумевших перешагнуть через собственные гнев и жажду мести перед лицом общего страдания и угнетения. Мартин Лютер Кинг и Махатма Ганди – два тому примера, убеждающих нас в возможности стать выше собственных горестей, чтобы принять страдания всего человечества.

Тема мести и справедливости с древнейших времен заботит человечество. Более 2500 лет назад Эсхил (458 г. до н.э./1977) посвятил проблеме сдерживания посттравматического гнева и жажды мести свою трилогию “Орестея”, где эта проблема, став центральной, трансформируется в тему социальной справедливости. Главный герой трилогии Орест, выступая одновременно и жертвой (убийство матерью его отца), и преступником (ввиду отмщающего убийства матери), усмиряет воспоминания о покойных, предав себя в руки закона – правилам, призванным направлять и сдерживать низменные силы, диктующие “негуманность человека по отношению к человеку”.

Подчинение жажды мести суду закона, создание общих символов и мемориалов, организация агентств, ответственных за социальную безопасность, чувство солидаризации с людьми, являющимися символами праведности, – все это представляет типовые требования к обществам, отмеченным угнетением и жестокостью. Жителям стран, недавно освободившихся от тоталитарных законов (Восточная Европа и Советский Союз), в обстановке развивающейся свободы необходимо найти новые механизмы, позволяющие сдерживать разрушительные влияния прошлой травмы. В странах с тоталитарным режимом инструментом социального контроля служит систематическое ожесточение населения. Как известно, советское правительство погубило от 20 до 60 миллионов своих граждан. Детей вы-

нуждали доносить на отцов, женщины повторно выходили замуж, не зная ничего о судьбах своих мужей, брошенных в лагеря. Тоталитарное государство добивается успеха в подчинении граждан, активно вмешиваясь в планирование их жизни и налагая запрет на воспоминания о терроре и жестокости (как известно, выжившим узникам ГУЛАГа, а также их родным было запрещено говорить о своих утратах и страданиях).

Эти факты ставят множество вопросов. Каков механизм сохранения воспоминаний о жестокости на социальном уровне? Как эта память воздействует на личные и социальные обязательства, веру в самопожертвование ради общего блага, веру в справедливость?

...Что касается текущего политического развития стран, до недавнего времени тоталитарных, хотелось бы увидеть, как неодарвинистская идея силы рынка, построенная на утверждении стремления индивида к благосостоянию, заменит традиционную форму трансформации перенесенных в прошлом страданий – в ненависть и жажду мести. Возможно ли, чтобы стремление к накоплению капитала умерило жажду мести за допущенную в прошлом несправедливость?

Функция социального отрицания прошлого, примерами которого также богат минувший век, нуждается в более полном определении. Как оценить то, что побежденной, но возродившейся Германии потребовалось около сорока лет, чтобы публично признать свое травматическое прошлое, тогда как Япония, столь преуспевшая в экономическом восстановлении страны, в течение уже полувека, прошедшего со времен Второй мировой войны, упорствует в социальном отрицании факта прошлой травмы (*Buruma, 1994*)? Интересен и другой вопрос: способны ли индивид и народ позволить себе оказаться лицом к лицу с ужасной правдой, касающейся их общего травмирующего прошлого, в ситуации негарантированного обеспечения основных жизненных потребностей?

... В большинстве национальных мифов всегда присутствуют две, едва ли не главные темы: борьба народа против угнетения и жертвы, принесенные мучениками этой борьбы. Нуждаются ли народы в разделенной *истории травм*, чтобы выковать сознание национального единства, которое придаст гражданам ощущение принадлежности к обществу и чувство безопасности, и с этими чувствами – эффективно функционировать?

Травма и средства массовой информации

Информационные службы играют стержневую роль в развитии способов отношения общества к травмированным людям. *СМИ* – главные поставщики травматических новостей; и именно они определяют, каким образом общество будет обращаться с жертвами – с пониманием и сочувствием или с насмешкой и пренебрежением. По причинам, далеким от понимания, люди отличаются ненасытным аппетитом на рассказы о травмах, если, ко-

нечно, травмы не имеют отношения к ним лично и не требуют активных проявлений сочувствия к пострадавшим. Новости, отвечающие этим условиям, как, например, сообщения о землетрясениях и других стихийных бедствиях, вызывают шквал общественной поддержки. С развитием спутникового телевидения стала возможной передача информации, – в дополнение к явно недостаточной традиционной порции новостей о травмах, – ставящей в известность об ужасах в Шри Ланка, Руанде или Боснии. Причем новости передаются в домашние гостиные настолько реально, что телезрители становятся непосредственными свидетелями событий на арене действий. Функция этих ежедневных порций картин о несчастных случаях, преступлениях, бедствиях откровенно эксплуатируется, и сводится к формированию равнодушия, а также привычки к страданию.

СМИ могут оказывать и положительное воздействие на осознание зрителем происходящего. Так, в период войны во Вьетнаме по американскому телевидению транслировались комиксы на тему хода войны и ее ужасов. Как ни странно, этот жанр помог гражданам США перейти от абстрактного патриотизма к реальной оценке жестокости и страданий, стоящих за понятием войны. Комиксы сыграли значительную роль в изменении отношения народа к войне. Но столь же легко телевидение достигает и противоположного эффекта, примером чему может служить создание возбуждающих сюрреалистических фильмов. Например, применение шоковых лазерных бомб в фильме “Звездные войны” превратило войну, скорее, в компьютерную игру, чем в преднамеренное массовое убийство. Фильмы такого рода с успехом развлекают, полностью игнорируя страх и ужас пилотов, летящих сквозь космическое пространство, и, тем более, миллионов безымянных иракских солдат, подвергнутых длительным и жестоким бомбардировкам.

Большая часть телефильмов слишком оптимистично истолковывает немедленное воздействие травмы, не оставляя никакого места понятию об отсроченном и долговременном ее воздействии. Тема долговременного воздействия травмы требует глубокого и настойчивого интереса, что лежит вне зоны реагирования большинства людей. Игнорируя реальные размеры человеческого страдания, эти фильмы внедряют идею приемлемости насилия как обоснованного и неизбежного способа разрешения конфликтов.

Хотелось бы верить, что развитие осознания социальной цены травмы и жестокости, могло бы воспитать в людях определенное отношение к этим явлениям и подтолкнуть политиков к разработке методов разумного вмешательства в процессы искоренения жестокого поведения.

Медики: объективные свидетели или адвокаты?

Благодаря постоянному контакту с человеческими страданиями, медики и исследователи, работающие с травмами, не могут позволить себе ошибаться, подобно телезрителям и *СМИ*, относительно реальности психиче-

ской травмы. Однако и медики, и ученые не свободны от такого же равнодушия и холодности, которые нередко вызывают пострадавшие и происшедшее с ними у широкой общественности. Хотя основная задача медиков и ученых – понимание, поддержка и лечение пострадавших, соприкосновение с жестокостью жизни затрудняет сохранение строго объективного подхода. Работа с травмой ставит профессионала перед фактом существующих в жизни страданий, “негуманности человека по отношению к человеку”, отсутствия чистоты во взаимодействии людей. Но индивиды и даже целые культуры разработали мощные средства защиты с целью удержать эти “вздорные реалии” вне рамок осознания.

Соприкасаясь постоянно со страданиями, медики могут даже с большей силой сопротивляться осознанию воздействия травмы на человеческую жизнь, чем специалисты других областей. Военные психиатры, которые несли свою службу во время многочисленных войн двадцатого века, хорошо знакомы с дилеммой, возникающей в данных условиях при соприкосновении специалиста с травмированным человеком. Врачу в этом случае приходится отрешаться от сочувствия к отдельному солдату. Подобное отстранение – часть его профессионального долга, продиктованная необходимостью напряженной военной борьбы. Таким образом, военные психиатры встают перед неразрешимой этической проблемой: они вынуждены решать, пригоден ли перенесший травму солдат для дальнейшего участия в боевых действиях, и, следовательно, при положительном ответе – посылать его на верную смерть. Вопрос страдания с легкостью отбрасывается и сводится к таким простым диагнозам, как “неспособность брать на себя ответственность” или “трусость”. Например, во время Первой мировой войны стандартным диагнозом для солдат, неспособных действовать при виде ужасов смерти и увечий, было: “моральный инвалид”.

Даже в мирное время психологи сталкиваются с подобными конфликтами интересов, когда, например, лояльность по отношению к пациенту вступает в противоречие с учетом интересов страховых компаний, от которых требуется финансовая помощь пострадавшим и компенсация понесенного ими ущерба. Существует глубокое расхождение между собственным переживанием жертвы и тем, как психологи и службы здравоохранения (включая юристов и работников пенсионного обеспечения) понимают ее травму. Но психологи редко становятся политическими деятелями. Как им реагировать на насилие над детьми или домашнее насилие, когда нет организаций, которым можно задать эти вопросы, и нет законов, обеспечивающих выполнение обязательств по отношению к травмированным людям? Несомненно, нежелание оказаться втянутыми в “неприятности других людей”, особенно если таковые имеют щекотливую окраску, создает основу традиционной несостоятельности медиков и психиатров, в частности, когда требуется идентифицировать и давать однозначные заключения о фактах

насилия над детьми. Можно услышать в ответ, что-де психиатры и психологи не обучены быть “крестоносцами”, призванными развеять иллюзии общества относительно ценности семьи, посвящая его членов в темные стороны человеческого поведения. Но острота основного вопроса от этого не становится меньше. Возможна ли профессиональная эффективность, если врач не в состоянии, с одной стороны, дистанцироваться от страдания пациента, а, с другой, – избавиться от порицания пострадавшего? До тех пор, пока глубоко не осознана *реальность психической травмы*, и врач работает, будучи хотя бы в малой степени заражен отвращением к этим реалиям, эффективное лечение невозможно.

Заключение

Приходится согласиться с выводом, что многозначное влияние страданий жертвы на свидетеля или наблюдателя затрудняет объективность оценки силы травмы и ее последствий. Задачи более полного понимания того действия, которое травма оказывает на психическое и биологическое состояние людей, а также поиска методов эффективного лечения требуют строгого научного подхода. И хотя он чреват некоторым “затуманиванием” личностного восприятия травмы, отвлечением от страдания, которое, собственно, и является предметом исследований, научное наблюдение индивидуальных составляющих реакции людей на травму дает, на наш взгляд, возможность с большей объективностью анализировать их феноменологию и планировать эффективное лечение. Учитывая тот факт, что на протяжении века реальность воздействия травмы на психику и тела людей эпизодически полностью отрицалась, объективные данные могут внести позитивный вклад и в самую проблему, и в установки общества по отношению к жертвам. Как отмечал Фрейд (который не всегда был прав в своих утверждениях), “голос рассудка может быть тихим, но он настойчив”.

Задача, которая возлагается обществом на психологов и психиатров, состоит в укреплении чувства контролируемости и предсказуемости перед лицом тех потрясений, которые приносят в нашу жизнь трагические аспекты действительности. Развитие диагностических категорий обеспечивает ощущение упорядоченности как защиты от неординарности и иррациональности, которые, как правило, сопутствуют травматическим ситуациям. Конечно, нельзя не понимать, что даже самая развитая система диагностики не является оптимальным способом облегчения страданий. Тем не менее, психотерапевты, которые иронически утверждают, что лечение жертв травмы мало продвинется от введения формальных протоколов, рискуют приуменьшить то глубокое личностное, социальное и биологическое разрушение, к которому приводит психическая травма. В попытке сохранить чувство собственной профессиональной значимости перед лицом

пугающих реалий, некоторые психотерапевты склонны переоценивать эффективность своего терапевтического вмешательства.

Есть и другая сторона дела. Психиатры и психологи находятся в уникальном положении, позволяющем им непосредственно наблюдать проявления хищнической природы нашего вида, в силу которой одни люди способны виктимизировать других. Изучение травмы неизбежно сталкивает нас с проблемами морали и социальных ценностей – вопрос, которого мы не без успеха стараемся избежать, укрываясь под плащом объективности. В этом смысле театральное искусство традиционно выполняет в обществе функцию “зеркала”. Глядя в него, зрители видят проблему травмы с отчетливой ясностью, в отличие от той путаницы, которой оплетена проблема травмы в сфере психического здоровья. Будем же надеяться, что пристальное внимание к научным данным, по мере их появления, поможет нам встать лицом к лицу с реальностью психической травмы и постичь формы и механизмы ее влияния на человеческое сообщество, как того требует наше время.

ЛИТЕРАТУРА

- Aeschylus (1977). The Oresteia (R.Fagles, Trans.). London. Penguin Books (Original works performed ca. 458 B.C.).*
- Becker E. (1973). The denial of death. New York: Free Press.*
- Caruth C. (Ed.) (1995). Trauma and memory. Baltimore: John Hopkins University Press.*
- Breslau N., Davis G.C. & Andreski P. (1955). Risk factors for PTSD related traumatic events: A prospective analysis. American Journal of Psychiatry, 112, 529-535.*
- Buruma I. (1994). The wages of guilt: Memories of war in Germany and Japan. New York: Farrar Straus Giroux.*
- Director of Legal and Regulatory Affairs, American Psychological Association Practice Directorate. (1995, January). Memorandum on Consumer Mental Health Protection Act to state psychological associations. Washington, DC: American psychological Association.*
- Dutton D.G. & Painter S. (1993). Emotional attachments in abusive relationships: test of traumatic bonding theory. Violence and Victims, 8(2), 105-120.*
- Elliot M. & Briere J. (1995). Posttraumatic stress associated with delayed recall of sexual abuse: a general population study. Journal of traumatic stress, 8, 629-647.*
- Famularo R., Kinscherff R. & Fenton T. (1988). Propranolol treatment for childhood posttraumatic stress disorder, acute type. American Journal of disease of Children, 142, 1244-1247.*

- Freud S. (1921). *Enleitung zu Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen (Gesammelt werke, 12, p.321-3240. Introduction in E.Jones (Ed.), Psychoanalysis and the war neuroses (The International Psychoanalytic Library № 2, p.1-4).*
London: International psychological press. (Original work published 1919).
- Herman J. (1992). *Trauma and Recovery.* NY, Basic Books, 1992.
- McFarlane A.C. *Vulnerability to posttraumatic stress disorder.* In: Wolf M.E. (eds.) *Posttraumatic Stress Disorder: Etiology, Phenomenology and Treatment.* Washington, DC, American Psychiatric Press. 1990, p.2-20.
- Putnam F.W. (1989). *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder.* NY, Guilford.
- Solomon Z, Benbenishty R., Mikulincer M. (1988). *A Follow-up or the Israeli casualties of combat stress reaction (hattle shock) in 1982 Lebanon war.* *Br. J.Clin.Psychol*, 27:125-135,1988.
- Van der Kolk B.A. *The compulsion to repeat the trauma: revictimization, attachment and masochism.* *Psychiatric Clinics of North America*, vol.12, 1989, p.389-411.