

СОДЕРЖАНИЕ

	Введение	5
	ЧАСТЬ I. ИСТОРИЯ ПОНЯТИЯ И НЕЙРОБИОЛОГИЯ ПТСР	13
Глава 1.	Как развивалось понимание травмы в психологии и медицине	15
Глава 2.	Нейробиология ПТСР	25
	ЧАСТЬ II. КАК ПТСР ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ОТНОШЕНИЯХ	31
Глава 1.	Изменившийся человек	33
Глава 2.	Как выглядит ПТСР в быту	48
	ЧАСТЬ III. КОГДА В СЕМЬЕ ДЕТИ	71
	ЧАСТЬ IV. КАК ПОДДЕРЖИВАТЬ И НЕ ВЫГОРЕТЬ	83
Глава 1.	Искусство поддержки: как помочь, не теряя себя	85
Глава 2.	Границы и самосохранение	95
	ЧАСТЬ V. ФИЗИЧЕСКАЯ ТРАВМА И ТЕЛО	103
	ЧАСТЬ VI. ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ТРАВМА	119

	ЧАСТЬ VII. ДОЛГОСРОЧНАЯ ЖИЗНЬ С ПТСР	129
Глава 1.	Понять и поддержать человека с ПТСР: действия и стратегии	131
Глава 2.	Как строить отношения, если травма не уходит	139
	Заключение. Жизнь после травмы	152
	Приложения	157

ВВЕДЕНИЕ

Животное, пережившее нападение, даже в безопасном месте остается настороже. Оно вздрагивает от каждого шороха, не дает к себе подойти, всегда в состоянии тревоги, готово убежать или напасть. Как трудно приручить зверя, которому сделали больно, лишили веры в то, что человек безопасен, знают зоологи и владельцы травмированных питомцев. И одновременно легко почувствовать, как такое животное тянется к человеку, хочет доверять. Хочет, но боится.

Травма так просто не отпускает, держит в цепких лапах, напоминает о себе при каждом удобном случае. Словно призрак прошлого, маячащий за спиной и готовый заявить о себе, дай только повод. Нервная система человека с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) ведет себя так, будто угроза все еще рядом, даже если на самом деле все спокойно. Психика, словно гиперопекающая мать, включает защиту, не понимая, что пора отпустить человека на свободу и дать жить своей жизнью.

Если вы взяли в руки эту книгу, значит, вам уже знакомо название диагноза, о котором пойдет речь, — посттравматическое стрессовое расстройство. Возможно, вам хочется узнать больше о том, что можно сделать для близкого, страдающего от флешбэков, напоминаний о пережитом. Возможно, вы сами живете с последствиями травмы и хотите больше узнать об этом диагнозе или отдать книгу близким, чтобы подсказать им, что делать и как справляться, когда не справляетесь вы.

Почему важно понимать, как работает ПТСР

ПТСР — это не просто «плохие воспоминания» или «нервы не в порядке». Это состояние, при котором нервная система застревает в режиме постоянной тревоги, будто опасность никуда не исчезла. Будто внутри, есть для того причина или нет, загорается лампочка alarm¹.

Время для человека с ПТСР течет иначе: травматичные переживания он ощущает так, словно они произошли только что или, как бывает при флешбэках, происходят сейчас. Человек с этим расстройством может осознавать на когнитивном уровне, что находится в безопасности, но тело говорит об обратном: учащенное сердцебиение, напряженные мышцы, паника. Без понимания механизмов ПТСР можно ошибочно принять эти реакции за слабость, соматическое заболевание или вовсе за капризы.

Посттравматическое стрессовое расстройство влияет не только на эмоциональное состояние, но и на восприятие реальности. Мир начинает казаться небезопасным местом, а близкие люди — источником угрозы или недоверия. Сам человек может ощущать себя уязвимым и сломленным.

Схожим образом ощущается мир при комплексном посттравматическом стрессовом расстройстве (КПТСР) — этот диагноз ставят тем, кто пережил длительное, растянутое во времени травматическое событие или неоднократную травматизацию, находился в плену, стал жертвой абьюзивных отношений в семье или неоднократного сексуализированного насилия, и у него или нее развились симптомы, соответствующие этому расстройству.

О посттравматических расстройствах важно говорить не только как о личной или медицинской проблеме, но и как о **социальной, экономической и общественной**. ПТСР затрагивает не только психическое здоровье самого человека,

¹ Тревога, сигнал тревоги (англ.). — Прим. ред.

но и **функционирование всей системы, в которой он живет**: от семейной динамики до экономической устойчивости и участия в социальной жизни.

Исследование Меган Шеперд-Баниган и соавторов¹ подчеркивает, что **ПТСР тесно связано с широким спектром негативных последствий**. Среди них:

- **ухудшение трудовой интеграции**: у людей с ПТСР снижается уровень занятости, увеличиваются перерывы в работе, наблюдаются трудности с удержанием стабильной позиции и профессиональной самореализацией. Психологическая уязвимость и высокая стресс-реактивность затрудняют устойчивое трудоустройство;
- **социальная изоляция**: ПТСР сопровождается нарушениями в межличностных отношениях — от избегания близости до трудностей в доверии, что ведет к отчуждению, одиночеству и снижению поддержки со стороны окружения. Это особенно усугубляется при наличии зависимости;
- **стигматизация и самостигма**: страх оценки, предубеждения со стороны общества, а также внутренние чувства «неисправности» и «опасности для других» ограничивают активное участие в жизни сообщества и снижают мотивацию к лечению;
- **финансовое и эмоциональное бремя для близких**: уход за человеком с ПТСР требует времени, ресурсов и часто сопряжен с эмоциональными потерями — хронической тревогой, чувством вины, выгоранием. Особенно тяжело, когда ПТСР сопровождается зависимостью, что дополнительно дестабилизирует семейную систему.

¹ Shepherd-Banigan M., Sherman S. R., Lindquist J. H., et al. Family Caregivers of Veterans Experience High Levels of Burden, Distress, and Financial Strain // Journal of the American Geriatrics Society. 2020. Vol. 68. Is. 11. P. 2675–2683. DOI: 10.1111/jgs.16767. — *Здесь и далее примечания автора, если не указано иное.*

Чем ПТСР отличается от просто стресса или депрессии

Стресс — нормальная реакция на сложные ситуации. Он может быть сильным, но обычно проходит, когда исчезает стрессовый фактор. Депрессия же связана с подавленным настроением, потерей интереса к жизни, чувством вины и упадком сил. Ее причины могут быть разными и не всегда связаны с травмой. Поводом может послужить и сбой в работе организма.

ПТСР и КПТСР — состояния, при которых психика «застревает» в событии из прошлого, а система реагирования на угрозу остается в режиме повышенной боевой готовности.

При ПТСР человеку могут быть свойственны:

- **флешбэки** — яркие, болезненные воспоминания, будто травма повторяется заново;
- **избегание** — попытки не вспоминать о травме, уход от людей, ситуаций или разговоров, напоминающих о пережитом;
- **гипервозбудимость** — постоянное ощущение угрозы, проблемы со сном, раздражительность, вспышки агрессии;
- **изменение восприятия себя и мира** — чувство оторванности, недоверие к людям, ощущение бессмысленности жизни.

В случае с комплексным посттравматическим расстройством к перечисленным симптомам добавляются:

- **стойкие нарушения в регуляции эмоций** — сильная эмоциональная неустойчивость, вспышки гнева или, наоборот, эмоциональное онемение; трудности с тем, чтобы успокоиться, чувство хронической внутренней напряженности;
- **изменения в представлениях о себе** — глубокое чувство стыда, вины, ощущение «я испорчен(а)»; постоянное самообвинение, убежденность в собственной никчемности, мысль «я не заслуживаю любви»;

- **трудности в отношениях с другими** — недоверие, страх близости, ощущение, что никто не сможет понять или принять; склонность вступать в зависимые или деструктивные отношения либо, наоборот, избегание любых привязанностей;
- **соматические и диссоциативные симптомы** — хронические боли, ощущение оторванности от тела, трудности с концентрацией; эпизоды дереализации и деперсонализации (ощущение нереальности происходящего вокруг и/или утраты связи с собой — как будто смотришь на себя со стороны или находишься во сне)¹.

Эти симптомы могут сохраняться годами, мешая человеку чувствовать себя в безопасности даже в мирной обстановке.

Основные мифы о ПТСР

«НАДО ПРОСТО ЗАБЫТЬ»

Если бы все было так легко, никто бы не страдал от ПТСР, потому как никто добровольно не выбрал бы это. Просто забыл о том, что произошло, — и все. Проблема в том, что мозг «застывает» в травматическом опыте, и обычное забывание не работает. Более того, это даже вредит: состояние может ухудшаться, человек может ощущать подавленность из-за того, что психика вытеснила и не интегрировала пережитое. Бессмысленно пытаться подавлять воспоминания — это так не работает. Нужно учиться интегрировать их так, чтобы они перестали вызывать боль. Как? Об этом — книга.

¹ Всемирная организация здравоохранения. Международная классификация болезней 11-го пересмотра (МКБ-11). — Женева: ВОЗ, 2019. <https://icd.who.int/>.

«ЭТО СЛАБОСТЬ»

Посттравматические расстройства не выбирают слабых или сильных. Это реакция мозга, а не показатель твердости характера. Люди, которые в других ситуациях были стойкими и справлялись с трудностями, порой сталкиваются с тем, что в определенных условиях их психика перегружается. Дело не в том, насколько человек «сильный», а в том, насколько экстремальным оказался его опыт и какими он располагал ресурсами в момент травмы. Есть события, превышающие психические ресурсы любого человека.

«ПРОЙДЕТ САМО»

Время может облегчить симптомы, но без работы с профессиональным специалистом (а лучше — с командой) ПТСР может затянуться на годы. Многие живут с его последствиями, не осознавая, что причина их тревожности, проблем со сном, самоизоляции, алкоголизма, избегания и усталости — именно травма.

Как найти баланс между заботой о близком и собственной безопасностью

Родственники человека с посттравматическим расстройством тоже страдают и нуждаются в поддержке. Важно помнить: если речь идет о насилии со стороны человека с расстройством, его не нужно терпеть. Иначе ПТСР или КПТСР может развиваться у членов семьи. Самозащита должна быть в приоритете, особенно если в семье есть дети: они особенно уязвимы и могут серьезно пострадать. Об этом мы обязательно поговорим далее.

Надеюсь, это все же не ваш случай, но добавлю: важно искать баланс между заботой о близком и самоподдержкой.

О чем эта книга

Мы поговорим о том, что такое ПТСР, по каким критериям его диагностируют, чем это расстройство отличается от депрессии или стресса. Как человек с ПТСР видит мир и себя, как может быть искажена его оптика и почему. Какие есть мифы о посттравматическом расстройстве и какова правда. Почему вы можете не узнавать близкого, пережившего травматический опыт, и что с этим делать.

Мы обсудим, как выглядит ПТСР в повседневной жизни, на что обращать внимание. Как человек может убежать от горького опыта, лечить себя, на самом деле лишь еще больше травмируя.

Многое из того, что написано в книге, относится и к комплексному посттравматическому стрессовому расстройству, поэтому она будет полезна в том числе родственникам и близким людей с этим расстройством.

Нам важно будет обсудить, что **не** нужно говорить человеку с ПТСР и как не стать спасателем. Как найти баланс и защитить себя. Где проходит граница между самопожертвованием и как не заразиться тревожностью.

Мы будем честно говорить о сложных темах: о том, каково быть внутри насилия, что такое «усталость сострадания». Поговорим и о том, стоит ли удалиться, если все заходит слишком далеко. Многих близких мучает чувство долга и вины, но есть еще и любовь и привязанность к дорогому человеку. Нужно ли обсуждать опыт, задавать вопросы? Как позаботиться о себе? Какая терапия нужна страдающему ПТСР? По каким признакам можно определить, что она нужна вам?

Вопросов много, но и ответов немало. К счастью, психология и психиатрия сегодня накопили опыт и рекомендации, помогающие справиться с ПТСР.

Мне бы очень хотелось, чтобы эта книга дала вам главное — **надежду** на то, что со всем можно справиться. И, конечно, знания о том, что можно и нужно делать.



ИСТОРИЯ ПОНЯТИЯ И НЕЙРОБИОЛОГИЯ ПТСР

Глава 1

Как развивалось понимание травмы в психологии и медицине

- История диагноза: до начала XX в.
- Первая мировая война: «снарядный шок»
- Вторая мировая война и последующие исследования
- Современное понимание и расширение концепции
- Вторичное ПТСР и травма свидетеля

История диагноза: до начала XX в.

Разговор о том, что считать психологической травмой, важен. Полезно договориться об определении на берегу, потому что трактуют это понятие сегодня довольно широко. Словом «травма» сейчас называют все — от не купленной в детстве игрушки до пережитой автокатастрофы. Но для медицинского специалиста критерии травмы все же определены, и довольно четкие.

Здорово, конечно, что мы вообще это слово стали использовать, всерьез говорить о психологической травме и ее последствиях. Это снимает стигму с важного понятия и облегчает

обращение за помощью тем, кто в ней нуждается. Все реже звучит: «Да ты что, какая травма?» — но баланс, кажется, все еще не найден.

Родственникам проще понять близкого, если есть определение и рамка того, что считается травмой. Это становится важной опорой, аргументом, в том числе во внутреннем диалоге: почему стоит пытаться понять дорогого человека, даже если он становится «другим», меняется и так трудно его поддерживать.

Начнем с истоков.

Понимание психологической травмы эволюционировало на протяжении веков и отражало изменения в научных и медицинских представлениях. В древних текстах можно встретить описания симптомов, схожих с проявлениями ПТСР, однако их объясняли через религиозные или мистические концепции. Например, в источниках Ассирийского царства (около 1300 г. до н.э.) упоминаются «призраки убитых в сражениях врагов», преследовавшие ветеранов войн¹. В описаниях крестовых походов также встречаются упоминания проявлений, характерных для ПТСР.

В исторической литературе есть описания симптомов пережитой травмы не только у военных, но и у гражданских лиц. Например, король Франции Карл IX после Варфоломеевской ночи (24 августа 1572 г.), одного из самых жутких массовых убийств в истории религиозных войн, страдал от кошмаров и видений окровавленных тел, что можно отнести к посттравме. В 1654 г. французский философ и математик Блез Паскаль описал проявления посттравматического стресса, возникшие у него после того, как карета, в которой он ехал, едва не упала с моста².

В XVIII–XIX вв. появились первые медицинские наблюдения травматического стресса. В этот период в медицинских трудах стали фиксировать последствия тяжелых жизненных событий, включая железнодорожные аварии и несчастные случаи

¹ BBC News. Post-traumatic stress disorder: What is it? <https://www.bbc.com/news/health-30957719>.

² Филиппов М. М. Блез Паскаль. Его жизнь, научная и философская деятельность. — Томск: Том-Сувенир, 2013.

на производстве, вызывавшие у выживших нервные расстройства. Например, врачи описывали так называемый железнодорожный позвоночник (*railway spine*) — состояние, при котором у тех, кто выжил после крушений поездов, наблюдались боли в спине, онемение и нарушения движений. Медиков удивляло то, что они видели последствия несчастных случаев, но не обнаруживали физических травм, способных объяснить симптомы. Они пытались понять, было ли это чисто физиологическим нарушением или психическим состоянием. Например, Джон Эриксен предполагал, что дело в органических телесных нарушениях, которые попросту не видны (вероятно, контузия позвоночника)¹. Герберт Пейдж был убежден, что влияние оказывает сильный страх, или так называемый нервный шок, и возникающие симптомы — следствие именно этого воздействия².

Одновременно с этим немецкий невропатолог Герман Оппенгейм ввел термин «травматический невроз» для описания состояний, при которых те, кто подвергся шоковым воздействиям, не имея видимых органических повреждений, страдали от таких симптомов, как паралич или судороги, расстройства сна, кошмары, эмоциональная неустойчивость и фобии³.

Вслед за ним и французский невролог Жан-Мартен Шарко, один из основателей современной неврологии, стал изучать подобные случаи и высказываться о них. Он предполагал, что у некоторых людей есть предрасположенность к таким расстройствам, а травматическое событие выступает в роли провоцирующего фактора. Шарко обратил внимание на феномен диссоциации — состояния, при котором сознание отделяет травматический опыт, позволяя ему существовать независимо и вне контроля сознания. Также он опубликовал описание случая, когда пациент столкнулся с параличом ног после того, как его сбила повозка.

¹ Erichsen J. E. On Railway and other Injuries of the Nervous System. Philadelphia: Henry C. Lea., 1867.

² Page H. W. Railway Injuries: With Special Reference to those of the Back and Nervous System, in their Medico-Legal and Clinical Aspects. New York: William Wood and Company, 1892.

³ Oppenheim H. Die traumatischen Neurosen nach den in der Nervenklinik der Charité in den 8 Jahren 1883–1891 gesammelten Beobachtungen. 2. verb. und erweiterte Aufl. Berlin: Hirschwald, 1892.

Ни ноги, ни нервы человека повреждены не были. Наблюдалась частичная амнезия — пациент затруднялся вспомнить произошедшее. Он говорил только о колесах повозки и страхе оказаться раздавленным¹.

Его ученик Пьер Жане уделил особое внимание понятию «диссоциация». Он предположил, что некоторые переживания могут как бы отделяться от основного потока сознания и существовать сами по себе, проявляясь в виде травматических симптомов².

Первая мировая война: «снарядный шок»

Во время Первой мировой войны медики столкнулись с массовыми случаями «снарядного шока» (shell shock) у солдат. Он проявлялся тремором, параличом и эмоциональной нестабильностью. Британский психолог Чарльз Майерс одним из первых попытался систематизировать эти симптомы, представив их в 1915 г. в статье для медицинского журнала *The Lancet*³. В ней он и предложил термин «снарядный шок», предполагая, что причина расстройства — воздействие сильных ударных волн от артиллерийских обстрелов. Первоначально это состояние связывали с физическими повреждениями от взрывов, но впоследствии признали его психологическую природу.

В сборнике эссе «Анатомия безумия» (Anatomy of Madness), посвященном истории психиатрии, отмечается: «Снарядный шок стал символом психологических травм войны, подчеркнувшим важность психического здоровья солдат»⁴.

¹ Колк Б. ван дер. Тело помнит все. Какую роль психологическая травма играет в жизни человека и какие техники помогают ее преодолеть. — М.: Бомбора, 2025.

² Там же.

³ Myers C. S. A Contribution to the Study of Shell Shock: Being an Account of Three Cases of Loss of Memory, Vision, Smell, and Taste, Admitted into the Duchess of Westminster's War Hospital, Le Touquet // 1915. Vol. 185. Is. 4772. P. 316–320.

⁴ The Anatomy of Madness: Essays in the History of Psychiatry / Ed. by W. F. Bynum, R. Porter, M. Shepherd. Vol. 2. London: Routledge, 1985.

В 1916 г. военные врачи начали активно разрабатывать методы лечения солдат, у которых не было явных физических повреждений, но они больше не могли участвовать в боевых действиях и испытывали серьезные психические расстройства. Были выдвинуты две основные гипотезы о происхождении этого состояния. Согласно первой, военный невроз развивается только у людей, изначально предрасположенных к психическим расстройствам или имеющих особенности личности, которые делают их более уязвимыми. В этом случае война рассматривалась как фактор, провоцирующий уже существующую психическую нестабильность. Согласно другой точке зрения, причиной нарушений становился именно сильный стресс во время боевых действий — внезапный страх, шокирующая обстановка и постоянное напряжение.

Вторая мировая война и последующие исследования

Во время Второй мировой войны психологические последствия травм привлекли особое внимание медицинского сообщества. Врачи и психиатры столкнулись с многочисленными случаями эмоциональных и психосоматических расстройств у военных, переживших боевые действия, у пленных, а также у гражданского населения, подвергшегося бомбардировкам, оккупации и массовым репрессиям. Хроническая тревожность, депрессии, флешбэки, «эмоциональная тупость», нарушения сна — все это невозможно было игнорировать. Несмотря на очевидные психологические последствия войны, многие из этих расстройств долгое время не получали отдельного диагностического статуса и рассматривались как временные адаптационные нарушения. Но они не проходили просто так и требовали дальнейших исследований.

Одним из наиболее изученных феноменов этого периода стал так называемый **KZ-синдром** (Konzentrationslager-Syndrom) — комплекс симптомов, наблюдаемых у выживших узников нацистских концлагерей. Этот синдром включал в себя эмоциональную

и физическую истощенность, депрессию, нарушение сна, чувство отстраненности от общества, хроническую тревожность, а также частые психосоматические расстройства. Многие бывшие заключенные испытывали выраженные проблемы с адаптацией к мирной жизни даже спустя десятилетия после освобождения. Наблюдения за теми, кто переживал последствия травмы спустя многие годы, показало: для травмы нет понятия времени.

После войны исследования психологической травмы стали более систематическими. Ветераны боевых действий, пережившие военные конфликты в Корее и Вьетнаме, также демонстрировали схожие симптомы. Однако долгое время такие состояния списывались на слабость характера или недостаток мотивации, что затрудняло их признание на медицинском уровне.

Переломным моментом стало включение ПТСР в третье издание «Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам»¹ (DSM-III) в 1980 г. Это стало важным шагом в медицинском признании травматических последствий не только у ветеранов, но и у гражданских лиц, подвергшихся насилию, переживших катастрофы или другие экстремальные ситуации. В предисловии к DSM-III² отмечалось: *«Включение ПТСР отражает признание серьезности и уникальности симптомов, возникающих после экстремального стресса»*.

С этого момента начался активный поиск методов диагностики и лечения ПТСР. Исследования подтвердили, что расстройство связано с изменениями в работе мозга, в частности с повышенной активностью миндалевидного тела (амигдалы), сниженной функцией гиппокампа и нарушенной регуляцией префронтальной коры. Эти нейробиологические открытия позволили лучше понять механизмы травматического расстройства

¹ «Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам» (англ. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) — справочник психических расстройств в психиатрии. Разрабатывается и публикуется Американской психиатрической ассоциацией (American Psychiatric Association, APA). Всего за 1952–2022 гг. было издано пять руководств: DSM-I, DSM-II, DSM-III, DSM-IV, DSM-5. — *Прим. ред.*

² Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III). 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.

и разработать эффективные методы терапии, включая когнитивно-поведенческую терапию (КПТ), экспозиционные методики, а также терапию десенсибилизации и переработки движением глаз (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR).

Таким образом, исследования, начавшиеся во время Второй мировой войны, заложили основу для современного понимания ПТСР, сделав его признанной медицинской категорией и открыв пути для разработки эффективных стратегий лечения.

Современное понимание и расширение концепции

Сегодня ПТСР признается не только у военных, но и у гражданских лиц, переживших травматические события, такие как насилие, катастрофы или серьезные несчастные случаи. Ту же боевую травму выявляют и у родственников военных, которые не участвовали в боевых действиях, но ждали их возвращения или с ужасом обнаружили, что тот, кто к ним вернулся, — другой человек. И это трудно принять.

Исследования расширялись, ученые все лучше разбирались в нюансах заболевания и выявили новую форму расстройства — комплексное ПТСР (КПТСР), описывающее более сложные и глубинные реакции. Они возникают у тех, кто оказался в ситуации, когда травма затягивалась во времени или повторялась: например, у жертв домашнего насилия, тех, кто оказался в рабстве, пережил эмоциональное или физическое насилие в детстве.

Как отмечается в исследованиях¹, *«КПТСР включает в себя более глубокие и устойчивые изменения личности, возникающие в ответ на длительное воздействие травматических факторов»*. При этом состоянии человек может испытывать сложности с регуляцией эмоций, искажение представлений о себе, а еще

¹ Крюков Е. В., Шамрей В. К., Марченко А. А. и др. Посттравматическое стрессовое расстройство: эволюция взглядов // Психиатрия. 2023. Т. 21. № 4. С. 57–71. DOI: 10.30629/2618-6667-2023-21-4-57-71.

серьезные трудности в формировании и поддержании отношений с другими. Страх покинутости, ощущение, что связь с другими нестабильна, оправдание пренебрежения и даже насилия в свой адрес, как результат — стремление заслужить хорошее отношение к себе, самопожертвование или гиперкомпенсация через достижения, культивацию образа сильного, властного человека или отстранение.

С развитием исследований стало очевидно, что ПТСР и КПТСР требуют разного подхода к терапии. Помимо стандартных методов, таких как когнитивно-поведенческая терапия и EMDR, внимание уделяется телесно ориентированным методикам, интегративному подходу, включающему психофармакологию и психотерапию. Терапевтическим методом, используемым в лечении КПТСР, стала схема-терапия, IFS-терапия¹.

Таким образом, понимание травмы в психологии и медицине прошло путь от описания отдельных симптомов до признания сложных расстройств, требующих специализированного подхода к диагностике и лечению. Современные исследования продолжают уточнять механизмы возникновения ПТСР, развиваются способы адаптации и эффективного восстановления пострадавших.

Вторичное ПТСР и травма свидетеля

Посттравматическое стрессовое расстройство обычно рассматривают как состояние того, кто оказался внутри экстремального события. Но эта книга — для родственников и близких людей с ПТСР. Практика и исследования показывают: страдать может не только тот, кто был в эпицентре событий. Страдает и тот, кто рядом.

¹ IFS-терапия (Internal Family System) — терапия внутренних семейных систем. Этот метод психотерапии был разработан Ричардом Шварцем и основан на идее, что внутри каждого человека существуют различные субличности, или «части», которые играют определенные роли и влияют на поведение и эмоциональное состояние. — *Прим. ред.*

Близкий человек — партнер, родитель, взрослый ребенок — может с течением времени начать испытывать нечто схожее с симптомами ПТСР, особенно если ему или ей приходилось:

- становиться свидетелем вспышек гнева, паники, диссоциации;
- долгое время жить в условиях непредсказуемости и эмоциональной нестабильности;
- чувствовать ответственность, но не иметь инструментов влияния;
- самому не получать поддержки и помощи извне.

Такое состояние называется **вторичным травматическим стрессом** или **вторичным ПТСР**. Оно развивается у тех, кто на протяжении долгого времени находится в тесном контакте с человеком, пережившим травму, и вынужден адаптироваться к его состояниям. При этом речь идет не только об эмоциональной вовлеченности, но и о постоянном напряжении, обостренной бдительности, тревоге — даже когда внешне все спокойно.

Исследование Рэчел Декель и Кендис Монсон подчеркивает, что от 30 до 50% партнеров людей с ПТСР испытывают клинически значимые проявления вторичной травмы¹. Особенно высок риск в тех случаях, когда травмированный не обращается за помощью, а симптоматика сохраняется на протяжении месяцев и лет.

Как это может проявляться у близкого

- Навязчивые воспоминания о трудных сценах (например, криках, угрозах, самоповреждении).
- Избегание: желание не говорить, не вникать, не вспоминать.
- Хроническая тревожность и напряжение, постоянная «внутренняя готовность».

¹ Dekel R., Monson C. M. Military-related Post-Traumatic Stress Disorder and Family Relations: Current Knowledge and Future Directions // Aggression and Violent Behavior. 2010. Vol. 15. Is. 4. P. 303–309. DOI: 10.1016/j.avb.2010.03.001.

- Эмоциональная отстраненность, потеря интереса к жизни и к себе.
- Телесные проявления — головные боли, проблемы со сном, расстройства пищевого поведения.
- Чувство вины, бессилия, стыда за свою «слабость».

У вторичного ПТСР есть свои последствия. Этот опыт не менее реален, чем первичная травма. Он формирует паттерны избегания, приводит к выгоранию, нарушает способность к сопереживанию и может разрушать отношения. В том числе отношения с собой.

Если вы узнаете в этом описании себя — это сигнал, что вам тоже нужна поддержка. И лучше обратиться за ней, не откладывая.

РЕЗЮМЕ

1. **Понимание травмы эволюционировало** — от религиозных объяснений в древности до научных концепций в современной психиатрии и психологии. Исторические примеры показывают, что симптомы ПТСР существовали всегда.
2. **Медицинское признание ПТСР прошло долгий путь** — от «снарядного шока» у солдат до официального включения в DSM-III в 1980 г., что стало важным шагом в понимании психологической травмы.
3. **Психологическая травма не ограничивается военными событиями**: она может быть вызвана катастрофами, насилием, несчастными случаями, длительным воздействием стрессовых факторов.
4. **Существуют разные виды посттравматических расстройств** — классическое ПТСР и комплексное ПТСР (КПТСР), связанное с длительной или повторяющейся травмой, влияющей на личность и отношения.

Глава 2

Нейробиология ПТСР

- **Что происходит в мозге при травме**
- **Роль амигдалы, гиппокампа и префронтальной коры**
- **Как стрессовые гормоны меняют восприятие и реакции**
- **Почему травма «застревает» в мозге**
- **Можно ли помочь мозгу восстановиться**

Что происходит в мозге при травме

Мозг человека с ПТСР работает иначе, чем у того, кто не страдает этим расстройством. Еще один способ принять близкого человека в травме — понять, как функционирует его нервная система, что он может контролировать, а что нет. Почему так сложно «просто перестать так делать».

Когда человек сталкивается с чем-то пугающим или опасным, его мозг запускает режим чрезвычайной ситуации. Это естественный защитный механизм, помогающий нам выживать. Однако иногда этот механизм остается включенным, даже когда угроза уже миновала. Именно поэтому некоторые люди, пережившие травму, продолжают ощущать страх и напряжение, даже находясь в безопасности.

Роль амигдалы, гиппокампа и префронтальной коры

- **Амигдала** — своего рода сигнализация мозга. Она отвечает за реакцию на опасность и определяет, насколько пугающей была ситуация. После травмы амигдала становится сверхчувствительной и начинает воспринимать даже безобидные вещи как угрозу. Например, громкий звук или резкое движение могут вызывать паническую реакцию, даже если они не связаны с травматическим событием.
- **Гиппокамп** — центр памяти. Он помогает мозгу понимать, что события из прошлого остались в прошлом. При травме гиппокамп работает хуже, из-за чего воспоминания о событии могут ощущаться так, будто оно происходит прямо сейчас. Это объясняет, почему у людей с ПТСР бывают флешбэки и ощущение, что они снова переживают травматическую ситуацию.
- **Префронтальная кора** — часть мозга, отвечающая за рациональное мышление и контроль эмоций. В норме она помогает нам успокоиться и оценить ситуацию трезво. Но после травмы ее активность снижается и человеку становится сложнее успокаиваться, даже если угрозы больше нет.

Как стрессовые гормоны меняют восприятие и реакции

Когда человек испытывает сильный стресс, его тело выбрасывает в кровь гормоны, помогающие справляться с опасностью. Ключевые среди них — **кортизол, адреналин и норадреналин**.

- **Адреналин и норадреналин** вызывают учащенное сердцебиение, напряжение мышц и готовность к действию. Это полезно в момент реальной опасности, но если такой режим остается включенным постоянно, человек чувствует себя измотанным, раздражительным и тревожным.

- **Кортизол** в норме помогает организму адаптироваться к стрессу. Но если его слишком много или, наоборот, недостаточно, это может привести к хронической усталости, проблемам со сном и сложностям в управлении эмоциями.

Почему травма «застревает» в мозге

В обычной ситуации неприятные воспоминания со временем сортируются мозгом и переходят в разряд прошлого опыта. Как в библиотеке: мозг — это сотрудник, аккуратно раскладывающий воспоминания по полкам. В норме неприятные события со временем отправляются в архив: мы помним о них, но они больше не вызывают сильных эмоций. Однако при травме «библиотекарь» впадает в панику — не может понять, куда деть это воспоминание, на какую полку поставить. Все валится из рук! Воспоминание пылится где-то в углу, всплывая в самый неожиданный момент. В итоге человек снова и снова переживает травму так, словно она происходит прямо сейчас, а не осталась в прошлом.

Теперь посмотрим, как это выглядит с точки зрения нейробиолога.

- **Амигдала слишком активна** и продолжает воспринимать угрозу, даже если ее уже нет.
- **Гиппокамп не может правильно «упаковать» воспоминания**, из-за чего они всплывают в сознании в виде флешбэков.
- **Префронтальная кора ослаблена**, что мешает рационально оценивать ситуацию и успокаиваться.

В итоге человек чувствует себя так, будто застрял в травматическом событии, как в болоте, и не может из него выбраться. И метод Мюнхгаузена — вытащить себя за волосы — увы, не помогает.

Можно ли помочь мозгу восстановиться

Вас может беспокоить вопрос: а сможет ли близкий человек восстановиться? То, что он пережил, то, каким он стал, — это навсегда?

Хорошая новость в том, что мозг пластичен и способен адаптироваться. Есть несколько эффективных способов переработки травмы.

- **Психотерапия**, например КПТ или EMDR, помогает ослабить болезненные воспоминания. Если добавить практики, основанные на сострадании и разделении с опытом — в частности, терапию принятия и ответственности (Acceptance and Commitment Therapy, АСТ), терапию, сфокусированную на сострадании (Compassion focused therapy, CFT), или схема-терапию, которая комплексно работает с опытом человека, — то можно добиться устойчивого улучшения качества жизни.
- **Телесные практики**, такие как йога, дыхательные техники и расслабляющие упражнения, снижают напряжение и помогают восстановить баланс.
- **Медикаментозная терапия** (строго по назначению медицинского специалиста) может скорректировать работу нервной системы и облегчить симптомы.
- **Группы поддержки** помогают справиться с ощущением изоляции, разделить пережитый опыт, сбросить с души груз.

Таким образом, хотя травма и оставляет след в работе мозга, с ней можно и нужно работать и со временем мозг учится заново ощущать безопасность и спокойствие.

РЕЗЮМЕ

1. Мозг человека с ПТСР работает иначе:

- а) **амигдала** становится гиперактивной и воспринимает даже незначительные стимулы как угрозу;
- б) **гиппокамп** не может корректно обработать воспоминания, что приводит к флешбэкам и повторному переживанию травмы;
- в) **префронтальная кора** теряет способность регулировать эмоции и рационально оценивать ситуацию.

2. Стрессовые гормоны изменяют восприятие: избыток кортизола, адреналина и норадреналина поддерживает состояние тревоги и напряжения даже после того, как угроза исчезла.

3. Почему травма «застревает»? Нарушается процесс обработки воспоминаний, мозг не может «отложить» их в прошлое, и они продолжают всплывать в сознании.

4. Можно ли помочь мозгу восстановиться? Да, благодаря его пластичности. Эффективные методы восстановления:

- а) **Психотерапия** (КПТ, EMDR, CFT, АСТ, схема-терапия);
- б) **Телесные практики** (йога, дыхательные техники, упражнения на расслабление);
- в) **Медикаментозная терапия** (по назначению специалиста).

5. Современный подход к терапии ПТСР включает не только работу с воспоминаниями, но и восстановление чувства безопасности и способности управлять своими эмоциями.



КАК ПТСР ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ОТНОШЕНИЯХ

Глава 1

Изменившийся человек

- Почему после травматичного опыта человек может стать «другим»
- «Я тебя не узнаю»: как перестроить отношения
- Диссоциация, флешбэки, гипервозбудимость — что это и как с этим быть
- Почему человек с ПТСР испытывает сложности с доверием
- Как поддерживать себя рядом с человеком с ПТСР
- Как не уйти в созависимость
- ПТСР и суицидальный риск

Почему после травматичного опыта человек может стать «другим»

Травматичный опыт меняет человека. Близкий, переживший насилие, вернувшийся с войны, попавший в катастрофу или ставший свидетелем гибели других людей, может стать тревожным, раздражительным или, наоборот, замкнутым и безразличным. Кажется, что перед вами другой человек, хотя внешне он тот же. Одновременно такой родной и такой незнакомый. Жить с этим может быть очень нелегко, очень.

Это не просто субъективное ощущение — психика человека действительно меняется под влиянием пережитого. Научные исследования показывают: мозг людей с ПТСР работает иначе, что приводит к изменениям в поведении. В частности, активность миндалевидного тела (зоны, отвечающей за страх) усиливается, а префронтальная кора, которая отвечает за контроль, в том числе эмоциональный, может работать менее эффективно. Это приводит к повышенной тревожности, раздражительности и трудностям с доверием¹. Мы уже говорили об этом в предыдущей главе.

Изменения могут касаться не только эмоций, но и когнитивных процессов: способность анализировать ситуации ухудшается, внимание закичивается на угрозах, даже если реальной опасности нет. Человек может начать иначе относиться к друзьям и близким — его доверие подорвано, а чувство безопасности разрушено. Жизнь показала: надо бояться, угроза рядом и она внезапна. Знаете поговорку «обжегшись на молоке, дует на воду»? Она именно об этом, только человек не выбирает, дуть или нет. Это выученная реакция.

Психолог Ронни Янофф-Булман в рамках теории когнитивных схем писала, что при ПТСР разрушаются три базовые иллюзии²:

1. **Иллюзия справедливого мира** — убеждение, что мир устроен честно и что плохое происходит только с теми, кто этого «заслужил». Травма разрушает это представление, заставляя человека чувствовать себя уязвимым и несправедливо наказанным.
2. **Иллюзия собственной неуязвимости** — ощущение, что «плохое не случится со мной». После травмы человек осознает, что никто не застрахован от боли и утрат, что может вести к тревожности и гиперконтролю.

¹ Liberzon I., Abelson J. L. Context Processing and the Neurobiology of Post-Traumatic Stress Disorder // *Neuron*. 2016. Vol. 92. Is. 1. P. 14–30. DOI: 10.1016/j.neuron.2016.09.039.

² Janoff-Bulman R. *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. New York: Free Press, 1992.