нар-ра-тив-ный подход

к работе с травмой и последствиями насилия

Елена Гребенюк



Елена Григорьевна Гребенюк

Нарративный подход к работе с травмой и последствиями насилия

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=72991247
Нарративный подход к работе с травмой и последствиями насилия: Генезис; Москва; 2026
ISBN 978-5-98563-790-8

Аннотация

Эта книга, выросшая из авторской практики преподавания нарративного подхода, фактически является руководством по работе с психологической травмой и последствиями пережитого насилия. В ней излагается история развития взглядов на психологическую травму и посттравматическое стрессовое расстройство, формулируются принципы нарративного подхода к работе по преодолению последствий пережитого насилия и описываются основные линии этой работы. Подробно развернуты методические способы реализации нарративной стратегии применительно к травме, приведены упражнения – как для работы с клиентами, так и для самоанализа терапевта.

Книга адресована прежде всего специалистам-психологам. Являясь убежденным сторонником нарративных взглядов на смысл и цели психотерапии, автор последовательно раскрывает

специфику этого подхода. Приверженцам нарративной терапии книга будет полезна целостностью картины и четкой структурой, тем же, кто только знакомится с подходом, – кратким и внятным изложением опорных точек работы с травмой в нем.

Содержание

От автора 7
Глава 1 11
История развития представлений о «травме» 14
Критическое осмысление представлений о травме и ПТСР 41
Конец ознакомительного фрагмента. 42

Елена Григорьевна Гребенюк
Нарративный подход к работе с травмой и последствиями насилия

© Гребенюк Е.Г., 2026
© Издательство «Генезис», 2026
© ИП Мухаматулина Е.А., 2026

* * *

Е.Г. ГРЕБЕНЮК

НАРРАТИВНЫЙ ПОДХОД К РАБОТЕ С ТРАВМОЙ И ПОСЛЕДСТВИЯМИ НАСИЛИЯ

Москва
2026

От автора

Эта книга выросла из практики преподавания нарративного подхода. В середине 2010-х годов я принимала участие в организации в Москве обучающих семинаров нарративных терапевтов из Австралии, Великобритании, США. В том числе они рассказывали о работе с травматическим опытом. Позднее, в 2017 году, мы с коллегами начали вести собственную обучающую программу[1]. Накапливались материалы и упражнения, мы делали переводы статей, среди которых были и тексты про работу с последствиями насилия (к сожалению, тема становилась все более актуальной). Осенью 2022 года мне захотелось собрать все это воедино, и я сделала отдельный тематический курс. Одна из участниц прислала мне транскрипты лекций, на их основе я написала текст по следам курса. Далее в течение года я доработала текст до книги. Мои учителя выразили поддержку и дали согласие на то, чтобы я включила сюда их упражнения.

Эта траектория объясняет, почему текст получился таким, каким он получился – что-то наподобие путеводителя по полезным при работе с последствиями насилия и травмы идеям и практикам нарративной терапии, с большим количеством упражнений и «карт». Мне хотелось, с одной сторо-

[1] Этот проект мы назвали «КРАЙ». URL: https://krai.online.

ны, дать общую картину и помочь в ней сориентироваться, а с другой – поделиться конкретными практическими материалами. Все дано довольно схематично, кратко, с отсылками к различным текстам. Многие из этих материалов опубликованы на английском языке, и я хотела сделать их более доступными русскоязычной аудитории. Мне сложно открыто публиковать фрагменты моей собственной работы, поэтому примеры я привожу из области литературы или цитирую статьи других авторов. Возможно, я могла бы больше подумать над формулировками, дать им «вызреть», собрать материал для иллюстраций. Но для меня важно было быстрее закончить эту работу: текст создавался в условиях некоторой спешки и с нелегким сердцем. В целом это систематизированный пересказ известных мне работ на заданную тему; я стремилась передать основные идеи и дух нарративного подхода к работе с травмой максимально близко к интонации авторов. Это еще и выражение моей признательности самому подходу и всем тем, кто учил меня ему и продолжает это делать. Нарративная терапия стала одной из моих опор в трудное время.

Книга состоит из трех частей.

Первая *(главы 1–2)* задает общую рамку: это экскурс в происхождение понятия «травма» и историю возникновения нарративного подхода.

Во второй части *(главы 3–11)* я сначала привожу принципы работы с травмой в нарративном подходе, далее каж-

дый из них описываю более подробно – с иллюстрациями, упражнениями, описанием разных форматов работы.

Наконец, третья часть *(главы 12–13)* посвящена мировоззренческим и этическим вопросам: мы рассмотрим, почему о нарративной терапии иногда говорят как о политике с маленькой буквы «п»; а также коснемся дискуссии последних лет – о том, какое место в нашей работе занимают эмоции и телесность.

Если по какой-либо причине эта книга – единственный текст о нарративной практике, который оказался в ваших руках, я рекомендую обратиться и к другим источникам. Во-первых, издательством «Генезис» были изданы две книги М. Уайта – «Карты нарративной практики» и «Нарративная практика. Продолжаем разговор», а также книга Д. Марстена, Д. Эпстона и Л. Маркхэм «Зовем воображение на помощь» о работе с детьми. Во-вторых, есть электронная библиотека, созданная Дарьей Кутузовой[2], там собраны переводы многих статей (в том числе и тех, на которые я ссылаюсь здесь). Также на русском языке были изданы книги «Конструирование иных реальностей. Истории и рассказы как терапия» Дж. Фридман и Дж. Комбса и «Нарративная медиация: новый подход к решению конфликтов» Дж. Уинслейда и Дж. Монка. Если вы читаете на английском языке, загляните в издательство Далвич-центра[3], где с момента появле-

[2] URL: https://narrlibrus.wordpress.com/.

[3] URL: https://dulwichcentre.com.au/.

ния нарративного подхода в середине 1980-х годов и по нынешнее время выпускается журнал и издаются книги.

Глава 1
История концепта психологической травмы

Прежде чем мы приступим к разговору о нарративном подходе, мне бы хотелось сформировать некую отправную точку для нашего обсуждения и прояснить, что и почему мы понимаем под психологической травмой. В традиции образования, которое я получила, первый шаг в любой работе – это определение понятий. Позднее, когда я познакомилась с социальным конструкционизмом и постструктуралистской философией, я узнала также, что любые определения относительны и тесно связаны с культурным и политическим контекстом, в котором они формируются. Поэтому попытка определить, что есть «травма» переросла в краткий пересказ истории того, как это понятие появилось и изменялось.

Определить, что такое травма, не так просто: этим словом обозначают события самого разного порядка – от отношения со стороны заботящихся о ребенке взрослых до геноцида и войн. «Травма» может подразумевать как единичный случай, так и повторяющийся опыт. «Травма» – это то, что приписывается пострадавшему от насилия, свидетелю произошедшего или самому совершившему его лицу. Ее носителем может быть отдельный человек, семья, сообщество или

нация. Когда группа людей идентифицирует себя как жертву через разделяемый опыт насилия, речь идет о «коллективной травме». Травматическое происшествие может быть локализовано внутри жизненной истории человека, а может – несколькими поколениями ранее (так называемая межпоколенческая/трансгенерационная травма). «Травма» заняла смыслообразующие позиции в искусстве начиная с последних десятилетий двадцатого века. Наконец, «травма» стала частью обыденного словоупотребления, где значение переходит в разряд само собой разумеющегося, размывается до предела и уже не проясняется. Похоже, понятие «травмы» стало центральным способом для описания разнообразных типов опыта переживания боли и несправедливости – «одно означающее для множества означаемых» (*Fassin, Rechtman,* 2009).

В связи с этим я не была уверена, стоит ли выносить в заглавие книги слово «травма». Нужен ли еще один вклад в этот дискурс? Однако приняла решение все же сделать это по ряду причин. Во-первых, мне хотелось, чтобы практические методы оказались максимально доступны тем, кто их ищет, – и для этого я воспользовалась популярностью термина. Во-вторых, на мой взгляд, нарративный подход предлагает в этом отношении интересные акценты – мне было важно, чтобы они прозвучали. И в-третьих, я хочу предложить рефлексию по поводу самого понятия – проследить, как оно было сконструировано. Этому вопросу и посвящена первая

глава.

Как получилось, что слово «травма» в наше время оказалось основным способом обозначения человеческого страдания, а термин «преодоление травм» – форматом становления, точкой сборки идентичности? Почему современное общество осмысляет себя посредством языка травмы? Какие неявные предположения встроены в этот язык? Откуда они родом? Как это влияет на наши жизни и практики помощи? Есть ли у нас альтернативы?

История развития представлений о «травме»

Понятие травмы занимает особое место в ряду других диагностических категорий, поскольку в неявном виде оно включает отношенческое и политическое измерения. Древнегреческое слово «травма» означает повреждение, нарушение живой ткани тела. Получается, что сама по себе метафора подразумевает наличие некой внешней силы, способной это ранение нанести. В связи с этим возникает вопрос: на кого мы возлагаем ответственность за причиненный ущерб? Не всегда, но часто *травма является результатом насильственных действий одних людей по отношению к другим* (поэтому заглавие этой книги – отчасти тавтология). Кроме того, некоторые группы людей оказываются больше, чем другие, уязвимы по отношению к насилию, болезням, бедности или техногенным катастрофам и обладают меньшим доступом к необходимым для восстановления помощи и ресурсам. Таким образом, в дискурс «травмы» оказывается встроена моральная оценка (*Brunner,* 2002), и именно этот тезис я собираюсь проиллюстрировать в данной главе. История «травмы» в западном обществе – это еще и история его отношения к человеческому страданию, насилию и неравенству. Однако этот более широкий контекст не всегда бывает легко заметить из-за наукообразности понятия.

Понятие «травма» заимствовано из медицинского дискурса и в определенном смысле является метафорой – говоря о «психологической травме», мы предполагаем, что по аналогии с физическим воздействием, оставляющим повреждения на теле, определенные события могут оставить следы в душевной жизни. Подобно тому как нарушается целостность тела, нарушается и целостность чего-то, что именуется психикой.

Можно сказать, что переходный от медицины к психологии этап – это период, когда о травме заговорили неврологи, еще не вкладывая в это слово психологического содержания: их интересовали повреждения нервной системы. Это произошло в Европе в последней трети девятнадцатого столетия и было связано с технологической экспансией, получившей название Второй индустриальной революции. Появлялись новые виды транспорта, оружия, оборудования на фабриках. Люди стали подвергаться рискам и воздействиям, которые до этого им были неведомы, и это влияло на медицину. Для описания симптомов, которые возникали после железнодорожных катастроф, были введены понятия *railway spine* (с англ. «железнодорожный позвоночник») и *railway brain* (с англ. «железнодорожный мозг»). Джон Эрик Эриксон предлагал называть эти симптомы контузией спинного мозга, Джордж Миллер Берд – травматической неврастенией, то есть они описывали соматические заболевания и не предполагали их психологической этиологии. Вспомним также син-

дром Да Косты, или синдром «солдатского (раздраженного) сердца», – комплекс функциональных сердечно-сосудистых и дыхательных расстройств у солдат, который был описан во времена гражданской войны в США. Немецкий невролог Альберт Ойленбург в 1878 году предлагает понятие «психическая травма», а Герман Оппенгейм в 1880-е вводит понятие «травматический невроз» и пишет в 1889 г. монографию по этой теме. Пожалуй, именно это понятие получило наибольшее распространение. Позднее, в 1907 г., французский психиатр Эдуард Брюссо предлагает также термин «синистроз». Описываемые заболевания включали в себя широкий спектр симптомов: эмоциональную нестабильность, гипервозбуждение, галлюцинации, физическое и ментальное оцепенение, нарушения слуха, «туннельное зрение», частичный паралич, ночные кошмары, истощение, рвоту, диффузную боль без неврологических причин и др. (*Brunner,* 2002; *Fassin, Rechtman,* 2009).

Врачами руководили не только интерес к научному познанию и необходимость оказывать помощь пострадавшим, но и институциональные процессы. В стремлении регулировать новые области социальной жизни вводились новые законы, регламентирующие происшествия на производстве и железных дорогах, развивалась индустрия страховок и практика выплат компенсаций. Случаи, когда после конкретных событий видимых повреждений не было, но при этом наблюдались симптомы нервного заболевания, нуждались во вве-

дении соответствующей диагностической категории. Например, в 1884 г. в Германии, в 1898-м во Франции, а в 1904-м – в Российской империи в трудовое законодательство была введена возможность оформления пенсий за «травматические неврозы». Правом проведения экспертизы для оценки того, кому полагаются компенсации, наделялись врачи. Так они оказались вовлечены в систему финансовых и политических отношений и были вынуждены принимать не только профессиональные решения, но и выбирать этическую позицию (точнее, первое и второе было неразрывно связано). Вокруг проблематики травматических неврозов возникла дискуссия, центральной темой которой стало доверие/недоверие пациентам: одни видели в них «симулянтов» и считали своим долгом оградить общество от непомерного бремени для страховой системы, другие же стремились защитить права пострадавших от происшествий и проявить заботу об их здоровье. Ко вторым, кстати, относился и Оппенгейм, который выступал против подозрительности по отношению к пациентам: он утверждал, что после решения о выплатах симптомы не уходят, подозрительность же может сама по себе иметь дополнительный патогенный эффект (*Brunner,* 2007). Таким образом, само введение понятия «травматический невроз» и внесение его в структуру законодательства легитимизировало нанесенный ущерб и было направлено на защиту прав пострадавших. Однако поскольку признание последствий травматизации было сопряжено с финансовыми

выплатами, а притязание на них часто исходило от представителей групп, не обладающих высоким статусом в социальной иерархии, то подозрения в симуляции заняли прочное место в медицинской и юридической практике. Так подозрительность с самого начала оказалась вплетена в дискурс о травме (*Brunner,* 2002; *Fassin, Rechtman,* 2009).

Кроме того, последние годы XIX столетия – это еще и расцвет исследований истерии. Под этим словом понимались разрозненные симптомы; чаще всего она рассматривалась как расстройство, берущее начало в матке, и сопровождалась множеством негативных коннотаций. Жан-Мартен Шарко, работающий с женщинами в знаменитой клинике Сальпетриер, обратил внимание на данные о травматических неврозах и на их сходство с симптомами истерии. Он предложил объединить их под одним названием, и это позволило ему придать истерии статус неврологического заболевания. Однако Шарко больше занимало описание и классификация симптомов, нежели поиск их причин. К этому вопросу обратились его ученики – Пьер Жане и Зигмунд Фрейд. Они оба выдвинули гипотезу о том, что истерия – это состояние, вызванное психологической травмой. Тем самым они перенесли проблематику истерии в область психологии (*Герман,* 2022).

Жане считал, что травматическое событие вызывает эмоциональный шок, и если событие имело место в детстве, это приводит к развитию истерии; если же оно случилось

во взрослом возрасте – к травматическому неврозу. Он объяснял развитие симптомов истерии «диссоциацией», которая возникает после шокирующего происшествия. Брейер и Фрейд пришли к схожим выводам, но назвали этот феномен «двойным сознанием». Изначально подход к интерпретации и лечению травматического невроза был физиологичным – психиатры концентрировались на аффекте и шоковом переживании, задачей была нормализация работы организма, в том числе путем работы с травматическими переживаниями. Психиатрическая практика показала: разговор о повлекших травматическую реакцию событиях может облегчать симптомы – это объяснялось тем, что в процессе подобных бесед «энергия находила выход». Такой метод лечения был назван психологическим анализом (Жане), абреакцией или катарсисом (Фрейд и Брейер). Позднее Фрейд переименовал его в «психоанализ» (*Герман,* 2022).

Фрейд также проводит параллели между симптомами истерии и проявлениями травматического невроза. Он предполагает, что при травме происходит своего рода фиксация на случившемся: оно уже отсутствует в реальности, но человек продолжает проживать его в снах, в навязчивых состояниях, в текущем моменте. Позднее он разрабатывает на этом основании свой принцип «навязчивого повторения» (*Фрейд,* 2011): пережив травматическое событие, человек словно обречен проигрывать его вновь и вновь в бессознательной попытке найти разрешение. Таким образом, симптомы истерии

могут свидетельствовать о наличии подавленных травматических переживаний.

В 1896 году в своем докладе «К этиологии истерии» Фрейд озвучивает ошеломляющее заявление: причины истерии кроются в пережитом в детстве сексуализированном насилии. Во всех 18 случаях, которые он проанализировал (6 мужчин и 12 женщин), он обнаружил один или несколько эпизодов «преждевременного полового опыта» (*Фрейд,* 2021). Эта первая гипотеза получает название «теории соблазнения». Однако уже в 1897 году Фрейд отказывается от нее, заявляя, что эти случаи были в большей степени фантазиями его пациенток: они принимали за реальность свои собственные желания и влечения. Именно они и стали отныне центральным предметом исследования Фрейда. С этой точки зрения истерия не является результатом конкретного связанного с сексуализированным насилием травматического события, сексуальность травматична для психики сама по себе. Понятие травмы, таким образом, наполняется исключительно психологическим содержанием, отводя внешним событиям лишь роль запускающего стимула. Официально Фрейд отрекся от «теории соблазнения» в 1906 году.

Этот разворот впоследствии становится мишенью для критики Фрейда и психоанализа в целом. В 1970-х годах в США активистки феминистского движения и движения против насилия над детьми обвиняют Фрейда в предательстве собственных пациенток. Например, Флоренс Раш в 1971 го-

ду призывает перестать называть случаи насилия со стороны отца или дяди «эдипальными фантазиями», а признать, что случаи сексуализированного насилия в отношении детей имеют место гораздо чаще, чем нам хотелось бы думать (*Rush,* 1980). Фрейда упрекают в том, что, осознав масштаб проблемы и ощутив при этом давление буржуазного патриархального общества, он предпочел отрицать насилие как реальность и приписать неадекватность его жертвам. Психоанализ с этой перспективы оказывается теорией, потворствующей эксплуатации детей и женщин. Как яростно утверждает Джудит Герман: «На руинах травматической теории истерии Фрейд построил психоанализ. Главная психологическая теория столетия была основана на отрицании женской реальности», «он взялся разрабатывать теорию человеческого развития, в которой неполноценность и лживость женщин являются фундаментальными положениями всей доктрины» (*Герман,* 2022, с. 30). Помимо прочего, критиковалось и название – «теория соблазнения» – поскольку слово «соблазнение» неуместно для описания актов насилия над детьми (*Masson,* 1984). Впрочем, отход Фрейда от изначальной гипотезы объясняется особенностями исторического момента и положением самого Фрейда в социальной структуре: его теория была встречена холодно, он оказался в изоляции. Для того чтобы проблема насилия могла быть воспринята обществом, еще не существовало подходящей культурной среды. Таким образом, последствием отказа от тео-

рии соблазнения становится то, что психоанализ не сосредотачивает свои усилия на внешней (фактической или социальной) реальности насилия, а переносит травму в поле психологического, в исследование внутренних сил и источников. Благодаря этому психоаналитическая теория продолжала существовать внутри патриархального мировоззрения и социального порядка – и сама вносила вклад в его поддержание. Она была пересмотрена только тогда, когда для этого накопились политические предпосылки. Это еще один пример того, как психотерапевтическое понимание травмы находится под влиянием более широких социальных процессов.

Так или иначе, но именно психоаналитический подход определил направление мысли для последующего столетия. Травму Фрейд описывает в терминах эффективности управления психической энергией: если сила события превышает возможности психики его переработать, то событие становится травматическим (*Фрейд,* 2011). Понятие травмы оказывается связано с представлениями о подавлении и вытеснении. На этой основе выстраивается модель психики в целом: если какой-либо аффект превышает способность справиться, он становится содержанием бессознательного и проявляет себя в виде симптомов в неврозе. Отсюда следует идея исцеления как перепроживания, разрядки вытесненной психической энергии.

Между тем Европу и весь мир одна за другой охватывают

войны, в связи с чем специалистам также приходится разрабатывать концепт травмы. Во время Первой мировой войны врачи оказываются не готовы к наплыву большого количества людей, страдающих от симптомов нервного расстройства из-за участия в боевых действиях. Помимо общего термина «травматический невроз» появляются более специальные, такие как «снарядный шок» (*Чарльз Майерс,* 1915), «военный невроз» (*C. Barrois, D. Honingmann,* 1907) и «хронический военный невроз» (*Абрам Кардинер,* 1922). Применялось в отношении солдат и понятие «истерия» с сопутствующей ему негативной окраской, и даже «истерия-борьбы-за-пенсию».

Первая мировая война описывается как время, когда психиатрия действовала в соответствии с интересами военного руководства, а страдающие от психологических последствий участники боевых действий часто выступали объектом подозрений, осуждения и жестокого обращения (*Brunner,* 1991; 2002; *Fassin, Rechtman,* 2009). Они попадали в одну категорию с теми, кто сам наносил себе ранения или отказывался от лечения, чтобы не возвращаться на войну. Их подозревали в симуляции и склонны были считать трусами, «моральными калеками», «психологическими дезертирами», эгоистами, пытающимися избежать исполнения гражданского долга. В свете патриотических идей, когда высшим идеалом считалось принесение себя в жертву во благо государства, симптомы нервного расстройства рассматривались как про-

явления слабости. Психологическое страдание выступало знаком несоответствия образу настоящего мужчины и бойца, которому следует воспринимать войну как нечто обыкновенное.

Подобные представления наложили отпечаток на психиатрическую практику того времени. Популярным методом был электрошок, который зачастую сопровождался разного рода внушениями, оскорблениями и унижениями. Целью работы и результатом успешного лечения считалось возвращение на фронт. Как и в любые времена, люди разнились в занимаемой позиции – среди врачей встречались и те, кто отказывался от жестокого отношения к военнослужащим. Пожалуй, один из наиболее известных примеров – английский психиатр Уильям Х. Риверс. Он писал о том, что подверженность травматическому неврозу ничего не говорит о моральных качествах пострадавшего; что травмирующим фактором может выступать не только участие в военных действиях, но и призывы со стороны семьи, друзей и медицинского персонала молчать о своем страдании и стереть его из памяти. Риверс также писал, что в некоторых случаях оптимальной стратегией лечения является не полное исцеление от военного невроза, а поддержание такого уровня стресса, который убережет солдата от дальнейшего участия в военных действиях (*Rivers,* 1918). Одновременно встречались и варианты зверского обращения с пациентами (Кловис Винсент, Льюис Йелланд), ведь для злоупотребления медицин-

ской властью были созданы самые благоприятные условия (*Fassin, Rechtman,* 2009).

Положение дел стало меняться к концу 1920-х годов. В медицинских кругах накапливалась критика существующих методов работы, военные потери и поражения покачнули патриотический энтузиазм европейского общества. Показательным случаем стал суд над видным австрийским психиатром профессором Юлиусом Вагнером-Яуреггом за использование негуманных техник лечения (1920 г.). В стремлении разоблачить симуляцию солдат, испытывающих психологические проблемы после участия в военных действиях, он применял к ним экстремальную «электрошоковую терапию», что приводило к ухудшению состояния и гибели пациентов. В суде выступил и Зигмунд Фрейд с довольно дипломатичным заявлением, позволяющим, с одной стороны, защитить честь коллеги и психиатрии в целом, а с другой – укрепить позиции психоаналитического метода. Он утверждал, что применяемые обвиняемым методы были неэффективны, поскольку тот заблуждался относительно этиологии травматического невроза: причина такового кроется не в сознании солдат и их желании избежать службы, а в бессознательном, к которому у них не было доступа; Вагнер-Яурегг не отдавал себе отчета в том, что он делал, потому что не разделял идей психоанализа, и это повело его по неверному пути. На вопрос судьи о том, как же отличить невротика от симулянта, Фрейд ответил: «Все невротики симулянты: они

симулируют свою болезнь ненамеренно, и это и есть их болезнь» (цит. по: *Fassin, Rechtman,* 2009).

Итак, несмотря на то что атмосфера подозрительности и осуждения все еще витала над истерией и травмой вплоть до 1970-х годов (и распределялась неравномерно в зависимости от социальной или национальной группы, к которой принадлежали пострадавшие), методы лечения постепенно менялись. В психиатрии в отношении лечения травмы начинает преобладать психоаналитическая парадигма. Это любопытное изменение – методы лечения становятся более уважительными, гуманными, безболезненными. Электрошок сменяется беседой, осуждение и подозрение – исследованием жизненной истории и бессознательных влечений. Однако с точки зрения ряда исследователей (*Fassin, Rechtman,* 2009) эту перемену можно рассматривать как смещение фокуса подозрения: с сознания пациента оно переносится на его бессознательное.

Действительно, между психоаналитическими представлениями о травме и более ранними взглядами прослеживаются определенные параллели. Так, концепция «вторичной выгоды» утверждает, что до тех пор, пока преимущества от болезни превышают дискомфорт от симптомов, болезнь будет существовать. И хотя человека уже не подозревают в сознательной симуляции с целью избежания службы или получения финансовых выплат, проверке подвергаются его бессознательные желания. Логический вывод: лишение компенса-

ций и возврат человека на войну должны оказать терапевтический эффект. Поэтому психоаналитики, подобно своим предшественникам, выступали за отказ от всех возможных привилегий для страдающих от травматического невроза – правда, на другом основании.

Моральная оценка пациентов также сохраняет очертания прежней риторики, приобретая при этом более изощренные формы. Так, Карл Абрахам выдвинул предположение о том, что причина военного невроза лежит в «сверхразвитом нарциссизме»: «Здоровые индивидуумы способны подавить свой нарциссизм. Так же, как они способны перенести свою любовь на кого-то еще, они способны принести в жертву свое Эго ради сообщества» (цит. по: *Fassin, Rechtman,* 2009). Травматическое событие, таким образом, становится лишь поводом для манифестации невроза, корни которого следует искать в прошлом пациента и проистекающих из него личностных особенностях. Сходство наблюдалось и в методах лечения: от пациента по-прежнему требовалось «признание», хотя и в более витиеватой форме – в виде исследования прошлых событий и личностных тенденций, внутренних слабостей и бессознательных желаний. Таким образом, можно сказать, что психоанализ тех лет тоже находился под влиянием патриотизма, участие в войне неявно принималось за норму, причины травматического невроза локализовались в личностных особенностях пострадавших, а не особенностях военных событий.

Я в большей степени освещаю историю травмы в странах Европы (далее также поговорим про США), поскольку это понятие разрабатывалось преимущественно в контексте войн, в которые были вовлечены эти государства. Но давайте скажем немного и о русскоязычном пространстве. Русско-японская война обозначается как первый в истории войн прецедент, когда психиатрические учреждения появились в действующей армии (*Шумков,* 1907). Психиатры столкнулись с новыми задачами и описывали многочисленные случаи расстройств, применяя различные имеющиеся на тот момент термины: неврастения, истерия, психоз, травматические неврозы. В тот период симпатии общественности были на стороне солдат; психиатры, как и либеральная интеллигенция в целом, осуждали войну, считая, что неподготовленных и не желающих сражаться солдат следует считать жертвами пославшего их на фронт правительства. В 1905 г. Петербургское общество психиатров утверждало, что главная причина душевных заболеваний – репрессивный политический режим, и требовало прекращения войны. Велись дискуссии о классификации болезней, это был политизированный вопрос: существуют ли особые формы психоза – военный, тюремный, революционный (*Сироткина,* 2007)?

Во время Первой мировой войны проблематика симуляции и разоблачения не была выражена так ярко, как в западных странах – во-первых, психиатрический диагноз не давал ощутимых выгод его обладателям: условия содержания

были плохими, выплаты не полагались (были введены позднее), а вот ограничение в правах, напротив, присутствовало. Во-вторых, свою роль сыграло и сложное отношение общества к правительству, однозначного патриотического подъема не наблюдалось. Однако российские врачи стояли перед тем же самым выбором, что и европейские: одни утверждали, что военные неврозы – это «бегство в болезнь», что больным нужна дисциплина; другие не поддерживали эту точку зрения.

В СССР психиатрические службы в армии были практически ликвидированы в 1919 году, поскольку «психических заболеваний в армейском коллективе в эпоху великих преобразований быть не должно» (цит. по: *Шамрей и др.,* 2010). Соответственно, случаи посттравматических расстройств игнорировались или рассматривались как симуляция; обсуждались вопросы дисциплинарного и даже уголовного наказания «невротиков-военно-служащих». Как следствие, во время Второй мировой войны медицинские службы оказались не готовы к приему больных и были вынуждены спешно открывать нейропсихиатрические отделения.

Работы советских психиатров состоят преимущественно из перечисления и описания различных расстройств, попыток их классификации и анализа вызывающих их факторов, но практически не содержат сведений о практиках помощи. Единственное, что мне удалось найти – это рекомендации о том, как именно сортировать и распределять пострадав-

ших, насколько глубоко эвакуировать их в тыл и как оборудовать специальными замками двери на вагонах для транспортировки людей с симптомами психических заболеваний (*Осипов,* 1934, 1941). В качестве профилактики предлагалась «подача бойцам углеводов, сахара» перед участием в военных действиях и «прием умеренных доз алкоголя» (*Краснушкин,* 1945). Вероятно, в Советском Союзе помощь заключалась в перемещении пострадавших из зоны боевых действий в более спокойную обстановку и поиск возможности привлекать их к трудовой деятельности; вопрос психологической помощи не ставился: «Психику советского бойца и гражданина защищают от воздействий войны любовь к своей Родине, сознание, что нами ведется справедливая война, и вера в мощь вашей страны, в силу и мощь Красной армии и конечную победу ее» (*Краснушкин,* 1945).

В это время в Европе и США в отношении травмы по-прежнему главенствуют психоаналитические идеи. В 1941 году Абрам Кардинер публикует работу «Травматические неврозы военного времени», где он предрекает, что в результате Второй мировой войны поток пациентов увеличится. Основным способом лечения выступает беседа, цель которой специалисты видят в вербализации и отреагировании травматического аффекта, в переживании катарсиса. Иногда для стимуляции этого процесса дополнительно применяются наркотические вещества – метод был предложен в 1930-е годы и получил наибольшее распространение в 1940-

е и 50-е годы под названием «наркоанализ» или «наркосинтез» (*Horsley,* 1946; *Grinker, Spiegel,* 1945). Хорсли оптимистично называет наркоанализ быстродействующей психотерапией – способом «срезать путь» к актуализации травматического материала. Традиционно используется и гипноз; набирают популярность групповые методы терапии, психодрама. В 1943 году создана классификация Medical 203 (предтеча DSM), где для описания нарушений после участия в военных действиях используется термин «истощение от участия в военных действиях».

После Второй мировой войны дискурсивное поле понятия «травма» снова претерпевает значительные трансформации в связи с обнародованием фактов о концентрационных лагерях в нацистской Германии. Существовавшие на тот момент способы осмысления феномена травмы и работы с ней не могли дать ответы на то, как подходить к опыту выживших при Холокосте. К ним было невозможно применить концепции вторичной выгоды, чрезмерного нарциссизма, невротизации, трусости или симуляции – был необходим новый язык. Появляются работы, в которых сами выжившие пытаются осмыслить свой опыт и рассказать о нем широкой общественности. Психолог австрийского происхождения (и психоаналитической ориентации) Бруно Беттельгейм, прошедший через Дахау и Бухенвальд и впоследствии эмигрировавший в США, в 1943 году описывает этот опыт в работе «Индивидуальное и массовое поведение в крайних си-

туациях» (и позднее, в 1960-м, – в работе «Просвещенное сердце»). Эдди де Винд, голландский врач, психиатр и психоаналитик, переживший холокост в Освенциме, в 1946 году публикует мемуары и статью «Конфронтация со смертью», где предлагает понятие «синдром концентрационного лагеря». Виктор Франкл в 1946 году в Вене представляет читателям книгу «Сказать жизни "Да!": Психолог в концлагере», где рассказывает о годах, проведенных в Освенциме и Дахау (с 1942-го по 1945 г.), и закладывает основы для нового направления психологической помощи – логотерапии. Примо Леви, итальянский химик и писатель, переживший два года в Освенциме, публикует несколько автобиографических работ («Если это человек», 1947; «Перемирие», 1963). В своем эссе «Канувшие и спасенные» он пишет: «Я твердо решил для себя, что, что бы со мной ни случилось, я никогда не покончу с собой. Я хотел увидеть все, испробовать все, удержать все внутри себя. Зачем, если у меня никогда не появится возможности крикнуть миру о том, что я знал? Просто потому, что я не хотел убрать себя с дороги, не хотел устранить свидетеля, которым я мог стать» (*Леви,* 2010). Я полагаю, подобных текстов гораздо больше, чем мне удалось найти при беглом поиске. Так приобретает популярность жанр текста о личной травме как политического высказывания, где позиция автора – это позиция свидетеля; смысл создания текста – это свидетельствование или посвящение.

В этих работах возникла иная постановка вопроса: не «по-

чему кто-то получил травму, а кто-то нет», а «как некоторым вообще удалось это пережить». Возможно, именно позиция исследования или свидетельствования и стала опорой для выживания. Собственно, тогда и входит в обиход представление о «выживших», а также возникает концепт «вины выжившего»: вины за то, чего они не смогли сделать ради спасения других; за то, что в катастрофических обстоятельствах делали нечто, что шло вразрез с их ценностями; наконец, иррациональной вины просто за то, что они живы, в то время как многие другие погибли. Позднее это явление перенесли на опыт других катастроф. Некоторые авторы видят в этом «реликвию предыдущей эры подозрительности» (*Fassin, Rechtman,* 2009), когда уже не психиатр или терапевт подозревают пострадавшего в симуляции, а он сам ощущает факт своего выживания как свидетельство своей виновности.

В 1970-е годы американский социолог Кай Эриксон, описывая последствия наводнения в Западной Вирджинии, разрабатывает понятие «коллективная травма». Позднее оно экстраполируется на все случаи, когда травматическое событие затрагивает целое сообщество и становится частью коллективной памяти. Тогда же на примере потомков людей, переживших Холокост, начинается изучение «трансгенерационной травмы» – влияния пережитого травматического опыта на представителей последующих поколений.

Опыт концентрационных лагерей становится экстремаль-

ным примером насилия, своего рода моделью травмы. Появляются новые способы рассмотрения травматического опыта: травма как охраняемая выжившими форма памяти; травма как посвящение тем, кто погиб; травма как свидетельство, которое должно предотвратить повторение человечеством своих ошибок. В этом понимании *травма – это своего рода манифест нарушенных ценностей.* Это одновременно и результат насилия, и доказательство несогласия с насилием со стороны тех, кто смог его перенести. У травмы появляется коллективное измерение – это совместный опыт, выражение социальной памяти. Таким образом, исследователи отходят от психогенного подхода, обращая внимание на особенности самого травматического события (*Fassin, Rechtman,* 2009). Такая позиция позднее укрепляется с появлением диагноза «Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)».

Итак, в 1980 году в наиболее влиятельной классификации психических заболеваний DSM–3 появляется новая клиническая сущность – «посттравматическое стрессовое расстройство» (в DSM–1 1952 года есть только общее название *gross stress reaction* (с англ. «реакция сильного стресса»), а в DSM–2 1968 года данная категория психических расстройств вовсе не вошла). Критерий расстройства был определен следующим образом: столкновение со стрессовым событием, которое «выходит за рамки обычного человеческого опыта» и «приводит к выраженным симптомам нарушения у большинства людей». Возможные симптомы делились на три

группы: рекуррентные, интрузивные воспоминания – сновидения, флешбэки; избегание ситуаций, связанных с травматическим событием, и в целом различных социальных ситуаций, что затрудняет адаптацию; особенности эмоциональной жизни: оцепенение или повышенная возбудимость, преувеличенные реакции. Все эти проявления должны были присутствовать в хронической форме на протяжении как минимум шести месяцев.

Сейчас мы привыкли к этим формулировкам, но на тот момент они означали довольно радикальное изменение взгляда на травму и были выработаны в результате долгих дискуссий. Сам выбор названия был не случайным: произошел отказ от термина «невроз» со всеми дополнительными ассоциациями, приросшими к нему за столетие, а именно – отказ от парадигмы подозрительности, от практик выявления симулянтов и поиска причин в бессознательном пострадавших. Теперь ключевым и необходимым этиологическим фактором становится само травматическое событие – оно и включается в название расстройства. То есть фундаментально пересмотрен его статус: *травматическое событие – самодостаточная причина патологии; расстройство – нормальная реакция на ненормальные обстоятельства*.

Этому предшествовал ряд социальных процессов. Во-первых, в 1960–70-е годы психиатрия подвергалась активной критике: с одной стороны, как недостаточно строгая и научно обоснованная область, с другой – как инструмент со-

циального контроля и подавления, а не помощи. Американское психиатрическое сообщество, заинтересованное в сохранении статуса дисциплины, было вынуждено совершить реорганизацию в своей системе знания и показать, что психиатрия способна откликаться на запросы общества, в том числе на запросы людей, ущемленных в правах. Далее во второй половине 1970-х под руководством Роберта Шпитцера ведется работа над новой версией классификации в попытке повысить надежность и валидность каждой диагностической категории, а также снизить эффект стигматизации пациентов.

Во-вторых, 1960-е и 1970-е годы – это еще и десятилетия активной деятельности феминистского движения и движения против насилия над детьми. Активистки призывают обратить внимание на проблему насилия по отношению к женщинам – «безымянную проблему» (Бетти Фридан), сокрытую в сфере «тайны частной жизни» (*Герман,* 2022). Как было сказано выше, феминистки критикуют психоанализ за избегание прямого осуждения насилия и в целом за ту роль, которую психоанализ отводил женщинам, – за мизогинию в концепции «зависти к пенису», за вклад в дискурс «обвинения матери» и т. п. В обществе поднимаются вопросы сексуализированного насилия над детьми – например, в 1971 году в Нью-Йорке проходит первая крупная публичная конференция, посвященная данной теме. Феминистки определяют изнасилование как насильственное преступление, а не как по-

ловой акт (пенис как оружие; изнасилование как «сознательный процесс запугивания, с помощью которого все мужчины держат всех женщин в состоянии страха», – цит. по: *Герман,* 2022). Проводятся законодательные реформы. Инцест становится своего рода символом мужского доминирования, злоупотребления властью, которой наделяет мужчин патриархальный порядок. Уже существуют альтернативы психоаналитическому пониманию травмы: «выжившие после инцеста» сравниваются с пережившими холокост – как свидетели невыносимого опыта, который невозможно выразить в словах. Создаются кризисные центры помощи. Энн Берджесс и Линда Хольстрем в своей статье 1974 года предлагают термин «синдром травмы изнасилования», а Ленор Уокер в 1979 году описывает «синдром избитой женщины». Когда появляется диагноз «ПТСР», он оказывается очень кстати для легитимизации того страдания, которое испытывают женщины и дети в результате пережитого насилия.

Как известно, ключевую роль в «изобретении ПТСР» (*Young,* 1995; *Brunner,* 2002, 2007) сыграла война во Вьетнаме и движение «Ветераны Вьетнама против войны». ПТСР как категория психических расстройств была создана на основе работы с участвовавшими во Вьетнамской войне солдатами; то, какой она получилось, – следствие усилий активистов и своеобразный выход из ситуации, сложившейся в американском обществе того времени. На тот момент нарастали критические настроения в отношении войны и тех, кто

был туда отправлен: раскрывались факты жестоких преступлений, совершенных американскими солдатами во Вьетнаме против мирного населения. Они не выглядели героями в глазах своих сограждан – напротив, их называли «детоубийцами». При этом сами солдаты с очевидностью страдали и обнаруживали ряд симптомов травматического заболевания. Перед психиатрами встал вопрос: каким образом назвать это заболевание? Какие социальные и финансовые последствия оно должно предполагать? И, наконец, могут ли пострадавшие от насилия и совершавшие его быть помещены в одну диагностическую категорию?

Защищавшим права ветеранов было важно доказать, что война сама по себе носит фундаментально травмирующий характер, а солдаты – это обычные люди, оказавшиеся в тяжелых условиях и травмированные собственным насилием. Как ни странно, военному начальству образ «самотравмировавшегося преступника» тоже был скорее выгоден: не имея возможности скрывать факты военных преступлений, они могли смягчить реакцию общества, предъявив ему мужчин, разрушенных тем, что они сделали. Итак, было принято решение поместить в одну диагностическую категорию и тех, кто пострадал от насилия (жертв), и тех, кто его совершал (насильников), убирая из медицинской категории всякую этическую оценку действий. В таком прочтении расстройство стало своего рода свидетельством того, что совершенное насилие противоречило чему-то важному для лю-

дей, – возможно, тем или иным ценностям или представлениям, которые продолжали давать о себе знать в виде травмы. Таким образом, ветераны войны – более не преступники и насильники, а люди, пострадавшие от выполнения роли, возложенной на них военным руководством США. Диагноз «ПТСР» легитимизировал их положение жертвы, предоставил моральное оправдание и гарантировал пенсию по недееспособности.

Нововведенный диагноз распространился и на тех, кто пережил сексуализированное и домашнее насилие. Когда их симптомы были приравнены к таковым у участников войны, это позволило говорить о реальности и серьезности нанесенного ущерба: «Подчиненное положение женщин поддерживается и укрепляется скрытым насилием со стороны мужчин. Идет война между полами. Жертвы изнасилований, побоев, подвергшиеся сексуализированному насилию дети – ее военные потери. Истерия – боевой невроз войны полов. Пятьдесят лет назад Вирджиния Вульф писала, что «общественный и частный миры неразрывно связаны… тирания и рабство одного – это тирания и рабство другого. Теперь очевидно еще и то, что травмы одного мира – это травмы другого. Истерия у женщин и боевой невроз у мужчин суть одно и то же» (*Герман,* 2022, с. 50–51).

В следующую, четвертую, версию DSM также был включен субъективный аспект ПСТР – формулировка про «переживание интенсивного страха, беспомощности и ужаса»

во время травматического события, а также свидетельствование события (а не непосредственное участие) как возможный фактор развития расстройства. С учетом современных средств массовой информации это делает любого человека потенциально подверженным данному заболеванию. История ПТСР – яркий пример того, как категория патологии, выделенная и сформулированная в очень специфической ситуации и для конкретных целей, экстраполировалась на самый широкий круг явлений, обрела свою отдельную сущность и статус само собой разумеющейся реальности. За это концепт ПТСР подвергается критике – давайте рассмотрим ее ключевые темы.

Критическое осмысление представлений о травме и ПТСР

Авторы, на работы которых я опираюсь в этом обзоре (*Summerfeild,* 2001; *Brunner,* 2002, 2007; *Fassin, Rechtman,* 2009), исходят из социально-конструкционистской парадигмы и идей Мишеля Фуко о производстве знания (*Фуко,* 1994; 2015). Это означает, что они рассматривают травму не как объективно существующий факт, который присутствует с незапамятных времен по нынешний день независимо от взгляда психиатра, не как безвременное, отражающее внутреннюю сущность явление, а как перформативное: оно утверждается в мире каждый раз, когда ставится диагноз; когда оно изучается, описывается, репрезентируется посредством склеенных воедино технологий и нарративов. То есть расстройство не «обнаруживается», а «изобретается». Исследователи пытаются проследить возможные последствия подобного «изобретения».

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, купив полную легальную версию на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.