

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА ЗАПАДНОЙ ВОЕННОЙ ПСИХОЛОГИИ





ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА ЗАПАДНОЙ ВОЕННОЙ ПСИХОЛОГИИ

Под общей редакцией
С.Э. Зверева

Санкт-Петербург
АЛЕТЕЙЯ
2021

УДК 615.851:355

ББК 53.57:68

Т 338

Т338 Теория и практика западной военной психологии: психотерапия стрессовых расстройств военнослужащих и членов их семей / под общ. ред. С.Э. Зверева. – СПб.: Алетейя, 2021. – 392 с.

ISBN 978-5-00165-192-5

В книгу вошли материалы коллективной монографии видных американских ученых, специалистов в области военной психологии, педагогики, медицины и психиатрии, посвященной анализу широкого спектра проблем диагностики и лечения стрессовых расстройств у военнослужащих и членов их семей, возникающих в зоне боевых действий и проявляющихся по возвращении домой. Рассматриваются подходы, основанные преимущественно на позитивной психологии, и использовании когнитивно-поведенческой терапии. В качестве иллюстрации базовых теоретических положений приводятся материалы авторского сайта ветерана Корейской войны Пола Аллена, посвященные автобиографическому опыту совладания с ПТСР.

Книга предназначена для специалистов в области военной психологии, психиатрии и всех, интересующихся военными и невоенными аспектами современной истории борьбы с терроризмом. Многочисленные комментарии и разъяснения терминов непосредственно в тексте делают книгу доступной для широкой публики.

УДК 615.851:355

ББК 53.57:68

ISBN 978-5-00165-192-5



9 785001 651925

- © Коллектив авторов, 2021
- © С.Э. Зверев, составление, перевод, вступительная статья, примечания и комментарии, 2021
- © Издательство «Алетейя» (СПб.), 2021

Введение

*Долг – это самое возвышенное слово в языке.
Во всем исполняйте свой долг.
Вы не можете сделать больше.
Вы не должны хотеть сделать меньше.
Хорошо, что война так ужасна,
а то бы мы ее слишком полюбили.*

Генерал Р. Ли

Мы жили в 31 доме или квартире, однажды, в трейлере, сменили 20 мест службы и всегда были в пути – и это не было дорогой к богатству, но, когда я отдал восьмилетний долг армии, я решил остаться. Для меня не было большей чести – другого способа быть ближе к сердцу того, что имеет значение в Америке, – чем служить и защищать страну в вооруженных силах Соединенных Штатов.

Генерал Уэсли К. Кларк

Путь зла – это широкое покрывало, простирающееся от фронта до дверей дома солдата. Это книга о том, как воины живут и выживают, находясь в опасности, и о психологическом воздействии боевых действий. Книга предназначена для врача, который будет лечить человека, попавшего в беду, члена его семьи или общины. Многие военнослужащие всех компонентов вооруженных сил могут испытывать серьезные эмоциональные и поведенческие проблемы, возникшие при исполнении служебных обязанностей. Многие из них могут попасть на лечение к психотерапевтам, не имеющим военного опыта и поэтому не разбирающимся в особенностях военной культуры. Наша цель состоит в том, чтобы проинформировать их о широком спектре проблем, с которыми они могут столкнуться, работая с ветеранами или военнослужащими, состоящими на действительной службе.

С этих фраз начинается книга «Жизнь и выживание на пути зла: руководство по психотерапии военнослужащих до и после развертывания» (Living and surviving in harm's way: a psychological treatment handbook for pre- and post-deployment of military personnel), вышедшей

под редакцией Шэрон Морджилло Фримен, Брета А. Мура и Артура Фримена. Избранные главы из этой книги, написанные высококвалифицированными специалистами в области психологии, педагогики, медицины и психиатрии, и материалы авторского сайта ветерана Корейской войны Пола Аллена († 2014), посвященного оказанию помощи в лечении ПТСР у ветеранов боевых действий публикуются в нашей стране впервые.

Целью данной публикации, помимо имеющего практический интерес ознакомления научной общественности с зарубежным опытом психотерапевтического лечения стрессовых расстройств у военнослужащих и членов их семей, является, с моей точки зрения, не менее важная попытка напомнить широкой публике, прежде всего военнослужащим, что те, кто усилиями недобросовестной пропаганды у нас нередко воспринимается под уничижительными кличками «пиндосы», «амеры», «америкосы», – как правило, хорошие люди, причем, люди, способные испытывать страдание и боль, движимые честью, долгом и любовью к близким, приносящие во имя всего этого тяжелые жертвы на службе своей стране.

Как известно, человеческое измерение цивилизованности проявляется в отношении к старикам и детям. Последним на страницах книги уделено немало места. После Великой Отечественной мы как-то подзабыли, что дети наших солдат и офицеров могут страдать от того, что их отцы вынуждены исполнять долг вдали от дома, в опасной обстановке, чреватой травмами, ранениями и смертью, и что детям так необходимо наше понимание и ежедневное человеческое участие.

Человечность сквозит также в описании клинических случаев, и в предпосылаемых материалах цитатах, и в расточаемых авторами благодарностях всем служившим и павшим воинам в своем роду, и в возвышенном посвящении книги от лица Шэрон Морджилло Фримен «храбрым рыцарям, воинам мира и войны, которые служат нашему великому народу». Народ, который так относится к своим защитникам, действительно не может не быть великим.

У американцев до сих пор есть чему поучиться. И не только опыту развития высокотехнологической цивилизации. Духовные «скрепы», оказывается, не чужды и американскому обществу, о чем свидетельствуют исследования, посвященные роли духовности и религиозности,

причем духовности действенной, не ограниченной порогом храма, но проявляющейся в широкой общественной поддержке ветеранов и членов их семей.

В **главе 1** Майкл Мэтьюс обращается к изучению менталитета солдата. С того момента, как солдаты заканчивают базовую подготовку, и до тех пор, пока они не выходят на пенсию, их учат думать о себе и своих товарищах как о едином целом, действовать как единое целое, быть ориентированными на выполнение поставленных задач, неустанно трудиться, уважать субординацию, следовать всем законным приказам, иметь высокую моральную цель и действовать в лучших интересах своей страны, своего подразделения и военной службы. Верность, долг, уважение, самоотверженное служение, честь, честность и личное мужество – вот ценности солдата, которые надо знать, чтобы понимать его.

В **главе 2** Брет Мур, К. Алан Хоупвелл и Дэйв Гроссман обращаются к проблеме агрессии и убийства. Агрессия всегда чревата смертельными последствиями. Использование слов и оружия в сочетании с боевыми навыками, полезными на войне, может стать смертельно опасным в мирной жизни. Проблемы импульсивности, плохого контроля и потенциально опасного поведения, опасного для самого военнослужащего и окружающих, должны разрешаться самим военнослужащим.

Каждый человек обладает индивидуальным набором факторов уязвимости, влияющих на показатели индивидуального порога реагирования на стресс. Чем выше порог реагирования человека, тем выше его способность справляться со стрессовыми переживаниями, как внутренними, так и вызванными внешними воздействиями. При решении проблем преодоления стресса и адаптации к нему, будь то внутренние или внешние факторы, необходимо учитывать степень уязвимости и резилентности человека. Факторам уязвимости свойствен суммирующий эффект: чем больше факторов, тем ниже порог реагирования человека. В **главе 3**, написанной Артуром Фрименом и Шэрон Морджилло Фримен, дается анализ каждого из этих факторов и того, как они влияют на реакцию индивида.

В **главе 4**, написанной Артуром Фрименом и Бретом Муром, описывается клиническая модель лечения участников боевых действий.

Обсуждается несколько полезных моделей, которые можно использовать в комплексной программе лечения, включая когнитивно-поведенческую терапию в качестве ключевого ингредиента с добавлением других системных и поведенческих компонентов.

В **главе 5**, написанной Лорен Коносенти, Верой Вайн, Энтони Папой и Бреттом Литцем, обсуждается, как человек, обученный сканировать потенциальные угрозы и опасности, приспосабливается к небоевым ситуациям. В боевой обстановке любая тень, движение или звук могли сигнализировать солдату о возможности нападения. В небоевой обстановке окружающая среда, те же или подобные им стимулы могут вызвать у наученного боем солдата тренированную реакцию. На сигнал автомобиля или внезапное и неожиданное движение он может ответить защитным маневром. Если адаптивная реакция становится навязчивой и начинает мешать повседневной деятельности индивида, может потребоваться психологическая помощь в снижении гипервизивных¹ интрузивных² реакций.

В **главе 6**, написанной Дэвидом Риггсом, обсуждается тревожность, которая является одним из наиболее распространенных эмоциональных расстройств. Обсуждаются вопросы лечения человека, которого научили думать, и он привык думать, что мир – опасное место.

Дэвид Радд в **главе 7** обсуждает расстройства депрессивного спектра и суицидальные желания, действия и мысли. Обсуждаются природа и лечение депрессии.

В **главе 8** Шэрон Морджилло Фримен и Майкл Херст обсуждают вопросы употребления психоактивных веществ и злоупотребления ими. В том, что молодые люди расслабляются и общаются при помощи алкоголя и других психоактивных веществ, а также используют их, когда расстроены, сердиты, празднуют или скорбят, нет ничего удивительного. Военнослужащий подвергается высокому риску развития расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, после окончания развертывания. В главе представлены различные методы изучения, обсуждения и, при необходимости, лечения расстройств, связанных с употреблением военнослужащими психоактивных веществ.

¹ Гипервизия – состояние повышенной настороженности.

² Интрузия – неотступное переживание травматического события.

В **главе 9**, написанной Бретом Муром и Барри Краковым, обсуждаются нарушения сна, включая проблемы с засыпанием, поддержанием сна и ранним пробуждением. После развертывания многие военнослужащие страдают от ярких сновидений и кошмаров. Здесь обсуждаются когнитивные и поведенческие вмешательства при лечении проблем со сном.

Тема интимных отношений в семьях военнослужащих рассматривается Джудит Лайонс в **главе 10**. Супруги, которые изо дня в день привыкли испытывали близость, бывает, должны учиться справляться с разлукой, длящейся год или более. Контакт с любимым человеком в этот период сводится к спорадическим телефонным звонкам, письмам и посылкам. Для одних становится невыносимой перспектива, что супруг потеряет интерес и найдет кого-то другого. Другим может быть трудно начинать заново узнавать своих супругов и снова постоянно ощущать их в своем личном пространстве. Переход от армейской групповой идентификации к интимной близости с супругом также может представлять для военнослужащего проблему, которую придется решать психотерапевту.

В **главе 11** Алекс Мэйб описывает проблемы детей военнослужащих и их взаимоотношений с родителями. Многие семьи страдают от эмоциональных травм из-за многократного участия родителей в развертываниях войск. Супруги военных ощущают себя, как в ловушке, опасаясь пропустить очередной телефонный звонок с театра военных действий. Оставшиеся дома члены семьи боятся стука в дверь, предвещающего их самый страшный кошмар. Находящиеся вдали от дома супруги могут быть подавлены и опечалены временной невозможностью участвовать в семейных торжествах, детских занятиях и повседневной жизни семьи.

В **главе 12** Джудит Коэн, Робин Гудмен, Кэрл Кэмпбелл, Бонни Кэрролл и Хизер Кампанья рассматривают специфические для каждого возраста представления о понятии и смысле разлуки. Кроме того, в этой главе обсуждается, насколько пугающими могут быть потенциальные потери (будь то часть тела родителя или его смерть) для детей и то, как обсуждать эту потерю с ребенком.

В **главе 13**, написанной Кентом Дрешером, Мариссой Бергойн, Элизабет Касас, Лорен Ловато, Илоной Пивар и Дэвисом Фоем, вопро-

сы горя и утраты, чести и памяти, а также потери невинности и вины выживших рассматриваются в контексте духовности военнослужащих и их семей. Некоторые молодые мужчины и женщины могут быть ранены, травмированы или убиты. Перед выжившими стоит задача вернуться домой, в свои семьи, к прежней жизни. Эта глава посвящена духовности и ее роли в работе с ветеранами.

В **14 главе** ветеран войны в Корее Пол Аллен делится своим опытом преодоления ПТСР. Материалы сайта «The Warrior's Code of Honor» (<http://www.militarycodeofhonor.com/WarriorsCodeofHonor/>), основанного этим достойным человеком, благодарную память которого мы хотим почтить, иллюстрируют психологические подходы к лечению ПТСР, описанные в этой книге специалистами.

Я всегда буду исполнять свой долг
Независимо от того, какой ценой.
Я измерил цену жертвы.
О, я не хочу умирать за тебя,
Но если меня попросят умереть,
Я понесу свой крест с честью,
Потому что свобода не дается бесплатно.
Я – американский солдат, американец.
Рядом с моими братьями и сестрами,
Я гордо встану, если свобода в опасности,
Я всегда буду поступать правильно,
Здесь, на передовой;
Спи спокойно сегодня ночью,
Американский солдат,
Я – американский солдат.¹

¹ Текст песни «American Soldier» написан Тоби Китом и Чаком Кэнноном.

Об авторах

Алан Хоупвелл, доктор философии. После окончания Техасского университета A&M в звании второго лейтенанта пехоты участвовал в последней части вьетнамского конфликта. Доктор Хоупвелл стал первым армейским психологом, назначенным на театр военных действий в лагерь Либерти (Ирак). За участие в операции «Иракская свобода» был награжден Бронзовой звездой.

Алекс Мейб, доктор философии, профессор и заведующий кафедрой психиатрии и здорового образа жизни медицинского колледжа Джорджии.

Артур Фримен, доктор педагогических наук, приглашенный профессор психологии в Государственном университете губернаторов, штат Иллинойс, клинический профессор в Филадельфийском колледже остеопатической медицины.

Барри Краков, доктор медицинских наук, сертифицированный терапевт и специалист по расстройствам сна с 25-летним опытом работ в области неотложной медицинской помощи, наркологии и медицины сна.

Бонни Кэрролл, директор Программы помощи жертвам трагедии (Tragedy Assistance Program for Survivors, TAPS), занимающейся решением эмоциональных, психологических и административных проблем, возникающих в связи с потерей любимого человека на службе Америке. Госпожа Кэрролл основала компанию TAPS в 1994 году после смерти своего мужа, бригадного генерала Тома Кэрролла. Будучи офицером запаса ВВС, майор Кэрролл служила в штабе ВВС США; будучи назначенцем Белого дома, она служила в Багдаде на начальном этапе восстановления Ирака.

Брет А. Мур, доктор психологии. В 2008 году в звании капитана оставил действительную службу в армии США. Провел два срока в Ираке в качестве офицера, отвечающего за профилактику и клинику психических расстройств. За участие в операции «Иракская свобода» с 2007 по 2008 год был награжден Бронзовой звездой.

Бретт Т. Литц, доктор философии, доцент кафедры психиатрии Медицинской школы Бостонского университета и факультета психологии Бостонского университета.

Вера Вайн, научный сотрудник Техасского университета.

Джудит А. Коэн, доктор медицинских наук, сертифицированный детский и подростковый психиатр, медицинский директор Центра травматического стресса у детей и подростков в общей больнице Аллегейни, профессор психиатрии в медицинском колледже Университета Дрексель в Питтсбурге.

Джудит А. Лайонс, доктор философии, доцент психиатрии и человеческого поведения в медицинском центре Университета Миссисипи.

Дэвид С. Риггс, доктор философии, исполнительный директор Центра психологии развертывания и научный сотрудник в Военно-медицинском университете.

Дэвид Фой, доктор философии, профессор психологии в Высшей школе образования и психологии Университета Пеппердайн. В течение многих лет работал старшим научным консультантом в Национальном центре ПТСР.

Дэйв Гроссман, подполковник резерва сухопутных войск, в прошлом десантник и рейнджер, директор исследовательской группы по киллологии, профессор психологии Вест-Пойнта. Автор книги «Об убийстве».

Илона Пивар, доктор философии, сертифицированный клинический психолог, работает в системе первичной медико-санитарной помощи штата Нью-Мексико в Альбукерке и Санта-Фе.

Кент Д. Дрешер, доктор философии, лицензированный клинический психолог в штате Национального центра ПТСР. До получения докторской степени получил степень магистра богословия, был рукоположен Пресвитерианской церковью и в течение нескольких лет служил приходским священником.

Кэрл Л. Кэмпбелл, доктор философии, клинический психолог Программы противодействия жестокому обращению с детьми, инструктор в Медицинской школе Восточной Вирджинии.

Лорен Ловато, магистр медицины, докторант по клинической психологии в Университете Пеппердайн.

Лорен М. Коносенти, доктор философии, работает в Национальном центре ПТСР.

М. Дэвид Радд, доктор философии, профессор и заведующий кафедрой психологии Техасского технологического университета. Док-

тор Радд служил дивизионным психологом во 2-й танковой дивизии во время войны в Персидском заливе.

Майкл Д. Мэтьюс, доктор философии, профессор инженерной психологии в Военной академии США (Вест-Пойнт), директор программы инженерной психологии Вест-Пойнта. Бывший офицер ВВС и в прошлом – президент Общества военной психологии.

Майкл Р. Херст – капитан армии США («зеленый берет») в отставке с 18-летним опытом службы в воздушно-десантных войсках и силах спецопераций, ветеран боевых действий в Юго-Западной Азии и Сомали.

Марисса Бергойн, магистр медицины, докторант программы клинической психологии Университета Пеппердайн.

Пол Р. Аллен, бывший пехотинец 7-й пехотной дивизии, воевал в Корее, кавалер медали «Пурпурное сердце», действительный член Американской ассоциации ветеранов-инвалидов.

Робин Ф. Гудмен, доктор философии, лицензированный клинический психолог и сертифицированный арт-терапевт, директор Фонда Билли Эспозито «Центр скорби». Написала книгу «День, когда наш мир изменился: детское искусство 9/11».

Хизер Кампанья, школьный психолог, служит в Национальной гвардии пилотом вертолета «Апач» после возвращения из Ирака несколько лет назад.

Шэрон Морждилло Фримен, доктор философии, генеральный директор и президент Центра краткосрочной терапии и Фрименовского международного института.

Элизабет Касас, магистр медицины, докторант программы клинической психологии Университета Пеппердайн.

Энтони Папа, доктор философии, доцент психологии в Университете Невады.

Глава 1

ПСИХИКА СОЛДАТА: МОТИВАЦИЯ, МЕНТАЛИТЕТ И УСТАНОВКИ

Введение

Чтобы понять мотивацию, менталитет и установки американского солдата, крайне важно полностью осознать важность роли, которую характер и ценности играют в формировании у военнослужащих навыков индивидуальной и командной адаптации и результативности деятельности. Всеохватывающее значение характера и ценностей обнаруживается в военной доктрине, основанной на многовековом практическом опыте обучения солдат, подготовки их к войне и участию в боевых действиях. Например, Доктрина армейского руководства четко определяет семь ценностей армии (верность, долг, уважение, самоотверженное служение, честь, честность и личное мужество), имеющих центральное значение для каждого солдата и военного руководителя. Внимательное чтение полевого устава FM 22-100 (Department of the Army, 1999) позволяет выявить по меньшей мере десять сильных сторон характера, которые лежат в основе успешной адаптации и работоспособности солдат.

Однако сама по себе военная доктрина не обеспечивает адекватной основы для понимания процесса адаптации и условий эффективной деятельности солдат. Необходимо создать эмпирически обоснованную научную модель для обобщения всего, что известно о роли характера и ценностей, чтобы направлять ученых в формулировании гипотез, а также информировать практиков, как создавать лучшие военные команды, помогать солдатам, испытывающим трудности с адаптацией, и предоставлять солдатам возможность самосовершенствования. До недавнего времени не существовало объемлющей психологической системы для достижения этой цели.

Позитивная психология особенно подходит в качестве теоретической основы для понимания мотивации, менталитета и установок солдата. Позитивная психология фокусируется на трех основных областях человеческой адаптации: позитивные эмоции, позитивные индивидуальные черты и позитивные институты. Последние две области особенно важны для понимания солдата. Теория сильных сторон характера и моральных ценностей постулирует существование 24 сильных сторон характера, универсальных для человеческого вида. Одним из основных направлений исследований, проводимых лабораторией автора этих строк и постоянно растущей группой военных психологов, является разработка надежных эмпирических подтверждений того, что сильные стороны характера имеют большое значение в различных военных контекстах, начиная от удержания [в стенах академии] и обеспечения эффективности курсантов Вест-Пойнта и заканчивая адаптацией курсантов норвежской военно-морской академии во время 10-недельной учебной миссии на борту трехмачтового корабля.

Позитивные институты – это организации, которые способствуют «улучшению сообществ по критериям: справедливость, ответственность, вежливость, воспитанность, отношение к воспитанию детей, трудовая этика, лидерство, командная работа, целеустремленность и терпимость» (Центр позитивной психологии, 2007). Доктрина и практика всех институтов американской армии поддерживают и активно продвигают каждую из этих характеристик, напрямую связанных с пониманием того, что мотивирует солдат. Военные представляют собой естественное поле [приложения] позитивной психологии. В целом военное сообщество является молодым, физически здоровым и свободным от тяжелых патологий. Лица, которые слишком стары или находятся в плохой физической форме или страдают серьезными физическими или психологическими расстройствами, либо не принимаются в ряды вооруженных сил, либо увольняются со службы. Конечно, некоторые люди вступают в армию с [нерешенными] личными, семейными или социальными проблемами, которые могут быть сопряжены с повышенным риском последующего посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и других расстройств, и после боевого воздействия от 10 до 20% солдат могут заявить о наличии ПТСР, депрессии или тревоги. Но большинство (>80%) этого не делают. Более того, яв-

ные усилия военнослужащих принадлежать к позитивному институту согласуются с моделью позитивной психологии.

Несправедливо утверждать, что современная военная психология чрезмерное внимание уделяет негативу ПТСР и других поведенческих расстройств. С учетом того, что в зонах боевых действий в Афганистане и Ираке находится более 150 000 военнослужащих, даже если уровень патологии у них составляет всего 10%, это приводит к огромному количеству солдат, нуждающихся в срочной психологической помощи. Цель этой главы, однако, состоит в том, чтобы предложить более широкий взгляд на то, что мотивирует солдат, на психологическое восприятие ими профессии и на роль установок в понимании их поведения. Позитивная психология будет служить теоретической основой для достижения этой цели. Работа автора в области военного применения позитивной психологии была стимулирована его участием в конференции рабочей группы психологов, которая собиралась в течение нескольких недель летом 2005–2007 годов в Пенсильванском университете для изучения и разработки различных приложений и исследований в этой области. Через эту рабочую группу автор инициировал ряд эмпирических исследований различных военных групп и работал с другими военными психологами; основные выводы по работе кратко излагаются на протяжении всей этой главы. Работа в области военной позитивной психологии является новой, это динамично развивающаяся область исследований. Некоторые материалы были опубликованы, многое было представлено на крупных научных конференциях, а многое до сих пор обрабатывается и анализируется. Мы надеемся, что работа, представленная в этой главе, вдохновит других людей систематически изучать позитивную адаптацию солдат и исследовать факторы, усиливающие позитивные эмоции, позитивные личностные черты и позитивные институты.

Чтобы понять солдат, важно понять, кто вступает в армию; таким образом, эта глава начинается с краткого обзора демографических характеристик военнослужащих. Далее следует обзор позитивной психологии с особым акцентом на роль сильных сторон характера и моральных ценностей в понимании адаптации и эффективности солдата. Глава завершается распространением [принципов] позитивной психологии на другие важные вопросы.

Солдатская демография

Командование по [совершенствованию] морального духа, благо-состояния и отдыха армейской семьи недавно опубликовало исчерпывающее резюме демографических данных солдат сухопутных войск и их семей. Основные выводы из этого доклада кратко излагаются здесь.

Возраст

Только 7% состоящих на действительной службе солдат имеют возраст старше 40 лет. Гораздо более высокий процент (27%) в этой возрастной категории составляют состоящие на действительной службе офицеры. Но это не все. Военные все больше полагаются на Национальную гвардию и резервный компонент. Военнослужащие Национальной гвардии: солдаты (20%) и офицеры (38%), а также военнослужащие запаса сухопутных войск: солдаты (19%) и офицеры (53%) имеют существенно большую долю личного состава в возрасте 40 лет и старше. Это важный фактор для понимания мотивации и настроения военнослужащих. Пожилые солдаты с большей вероятностью будут иметь детей, учащихся в средней школе или колледже, и они [с большей вероятностью] выберут профессиональную карьеру в армии. Таким образом, участие в развертывании и воздействие опасных, угрожающих жизни ситуаций для солдат с детьми будет иметь иные последствия, чем для тех, кто не связан семейными узами.

Семейное положение

Большинство военнослужащих состоят в браке. В армии, например, процент состоящих в браке колеблется от 31% среди рядовых, большинство из которых моложе 25 лет, до 97% среди старших офицеров. Для сравнения, только 13% гражданских лиц в возрасте до 25 лет из основной популяции населения состоят в браке; в процентном отношении это менее половины от общего числа солдат низших тарифных разрядов, состоящих в браке. Поскольку военнослужащие Национальной гвардии и запасного компонента старше своих коллег, состоящих на действительной службе, процент состоящих в браке среди этих солдат несколько выше. Важно отметить, что 10% солдат, находящихся на

действительной службе, состоят в браке с кем-то, кто также находится на действительной службе. Хотя только 6% мужчин-солдат состоят в браке с другим военнослужащим, 39% женщин-солдат состоят в браке с другим военнослужащим. Это имеет значительные последствия для организации ухода за детьми. Бут и др. (2007) подчеркивают, что пары, состоящие из двух военнослужащих, должны разрабатывать и соблюдать план поддержки семьи, с тем чтобы в случае развертывания оба могли принять в нем участие в составе своих подразделений. Военнослужащие, состоящие в браке с гражданскими супругами, не обязаны представлять такой план. Предыдущие исследования показали, что для пар, состоящих из двух военнослужащих, обязанности по уходу за детьми создают значительную проблему в случае развертывания их подразделений.

Армейские супруги – это молодые люди, возраст которых аналогичен возрасту их супругов, состоящих на действительной службе, в Национальной гвардии или резервном компоненте; например, только 9% супругов военнослужащих, проходящих службу в армии, находятся в возрасте старше 41 года. Бут и др. (2007) сообщают, что соотношение количества членов семьи к военнослужащим, состоящим на действительной службе, составляет 1,47; 1,34; 1,42 и 0,99 для сухопутных войск, военно-морских сил, военно-воздушных сил и морской пехоты соответственно.

Важность этих статистических данных для понимания мотивации и менталитета солдат должна быть очевидной. Благополучие семьи является одной из главных забот для большинства военнослужащих. Почти половина (47%) всех военнослужащих имеют детей. Это больше, чем данные по военно-морскому флоту (42%), военно-воздушным силам (45%) или морской пехоте (31%). В одних только сухопутных войсках у военнослужащих, состоящих в активном компоненте, насчитывается более 450 000 детей, зависящих от родителей, и эти дети малы, более половины из них (51%) находятся в возрасте до 7 лет. Дети и забота о них – это, конечно, главная забота солдат, независимо от их звания. С воспитанием детей в семье военных связан целый ряд проблем: частые переезды, длительные разлуки с одним или обоими родителями, а также возможность того, что один из родителей будет убит или ранен в бою. С точки зрения солдата, участвующего в раз-

вертывании, забота о детях может стать существенным фактором его адаптации к длительным боевым развертываниям.

Одинокие родители представляют собой относительно небольшую, но важную группу. По данным Бута и др. (2007), в 2005 году 13,8% женщин-солдат были одиночками по сравнению с 5,7% мужчин-солдат. Однако из-за того, что мужчины составляют 85% от общей численности вооруженных сил, в целом число одиноких родителей-мужчин значительно превышает число одиноких родителей-женщин. Бут и др. (2007) завершают свой обзор особенностей армейской жизни кратким обсуждением общих требований к семьям военнослужащих, куда входят готовность к развертываниям и длительным разлукам, риску получения травм или смерти, частым переездам, длительному ненормированному рабочему дню и проживанию за границей. В целом психологам и другим специалистам в области психического здоровья, которые имеют дело с военнослужащими или их семьями, важно учитывать демографические характеристики военнослужащих и уникальные требования, предъявляемые к ним их профессией, поскольку эти факторы играют важную роль в понимании, что ценят солдаты, что находят для себя полезным, что доставляет им беспокойство и вызывает стресс.

Позитивная психология

Для понимания процесса адаптации солдат и условий эффективности их деятельности традиционная военная психология обычно пользуется моделью негативной психологии, или психического заболевания. В то время как этот подход ценен для понимания патологических реакций на боевое воздействие, он не достигает цели для понимания большинства солдат, не имеющих патологии. Современные оценки показывают, что около 15% солдат, возвращающихся после участия в операции «Иракская свобода», проявляют клинически значимые симптомы ПТСР или связанных с ним расстройств в течение 3 месяцев после возвращения к местам постоянной дислокации. Это поднимает вопрос, что именно помогает остальным 85% солдат выдерживать боевую ротацию с различной степенью устойчивости; то есть традиционный подход к пониманию менталитета, мотивации и установок солдата

мало помогает развитию сильных сторон или подготовке солдат к психологическому воздействию условий развертывания и боя.

Напротив, позитивная психология предлагает любопытную концептуальную основу для понимания человеческой адаптации и деятельности, в особенности, для понимания, как люди приспосабливаются и действуют в исключительных обстоятельствах, которые у солдат выражаются в длительных развертываниях и боевых действиях. Растущий объем эмпирических данных свидетельствует, что сильные стороны характера вносят свой вклад в адаптацию и результативность военнослужащих в самых разнообразных сложных и порой опасных условиях обучения и деятельности в оперативной обстановке. Короче говоря, позитивная психология предоставляет концептуальную модель для понимания того, как психологически крепкие и здоровые солдаты готовятся и приспосабливаются к трудным обстоятельствам, возникающим в ходе военной подготовки и ведения операций. Цель этой главы – рассмотреть новые эмпирические и концептуальные приложения позитивной психологии применительно к военным действиям.

Краеугольным камнем позитивного психологического подхода, который имеет решающее значение для понимания менталитета и мотивации солдат, является классификация сильных сторон человеческого характера, введенная Петерсоном и Селигманом (2004). Проанализировав психологическую литературу по позитивным человеческим чертам и положения мировых религий и философий, Петерсон и Селигман выделили 24 сильные стороны характера, универсальные для человеческого вида. Они организовали эти 24 сильных стороны в 6 «основных моральных добродетелей». Этими основными моральными добродетелями с соответствующими им сильными сторонами характера являются *мудрость и знание* (творчество, открытость, любознательность, любовь к обучению, перспективность), *мужество* (храбрость, настойчивость, цельность, жизненная сила), *человечность* (любовь, доброта, социальный интеллект), *справедливость* (гражданственность, справедливость, лидерство), *умеренность* (благоразумие, саморегуляция, прощение и милосердие, смирение) и *трансцендентность* (надежда, духовность, чувство красоты, благодарность, юмор). Петерсон и Селигман (2004) также составили опросник определения сильных черт характера (Values in Action Inventory of Strengths, VIA-IS), который

обеспечивает эмпирическое измерение показателей 24 сильных сторон характера, указанных в их классификационной схеме. VIA-IS состоит из 240 простых утверждений, для которых респонденты указывают по пятибалльной шкале Лайкерта, в какой степени каждое утверждение разделяется ими. Методику можно использовать онлайн (см. www.authentichappiness.org), и несколько сотен тысяч человек со всего мира уже сделали это.

В остальной части этой главы рассматриваются исследования, проведенные в рамках проекта West Point Strengths Project (WPSP). WPSP начался в 2004 году, когда все первокурсники Вест-Пойнта были подвергнуты серии тестов, включавших измерение некоторых показателей сильных сторон характера. В последующие годы масштабы этого проекта расширились, включив изучение сильных сторон характера среди иностранных военнослужащих и военнослужащих, находящихся на действительной службе в армии США. В совокупности проект включает в себя различные исследовательские проекты, популяции и контексты. Это позволяет проводить широкую и надежную эмпирическую оценку роли характера в адаптации и служебной деятельности солдат, уделяя особое внимание сложным условиям обучения и деятельности в оперативной обстановке.

Характер и адаптация солдата

Общий подход исследований, рассмотренных в этой главе, включает эмпирическую оценку сильных сторон характера, а затем оценку их связи с адаптацией солдат в сложных условиях обучения и оперативной обстановки. Акцент по возможности делается на жестких, объективных критериальных показателях. Несколько основных компонентов исследования являются лонгитюдными, с целью изучения роли характера в течение многих лет солдатской карьеры, начиная с поступления на действительную службу и до ее завершения. После начала проекта в 2004 году каждый год к нему добавляются дополнительные контингенты/популяции. Цель состоит в том, чтобы продолжать расширять сферу охвата проекта, уделяя все больше внимания военнослужащим, находящимся на действительной службе и выполняющим боевые задачи в ходе развертываний.

Первым курсом Вест-Пойнта, изучавшимся по проекту WPSP, был класс 2008 года выпуска¹, который проходил тест на упорное стремление к долгосрочным целям. Дакворт, Петерсон, Мэтьюз и Келли (2007) описывают источник и процесс развития настойчивости, а также его связь с результативностью деятельности в различных ситуациях. Тест был разработан для того, чтобы позволить изучить вклад целеустремленной и страстной настойчивости в достижении основных целей [обучения] и сравнить относительный вес этой черты в сравнении с талантом, измеряемым традиционными тестами способностей. Было установлено, что настойчивость является надежным предиктором² успеваемости учащихся как в государственных школах, так и в университетском образовании. Более того, ее вклад в прогнозирование академической успеваемости был ортогонален³ способностям, причем как способности, так и настойчивость положительно коррелировали с академическими оценками, но не коррелировали друг с другом. Однако целью изучения твердости характера у курсантов Вест-Пойнта было выяснить, как эта черта связана с их адаптацией к изнурительной начальной подготовке, которую получают курсанты по прибытии в Вест-Пойнт. Каждое лето от 1200 до 1300 новых курсантов начинают 47-месячную подготовку и обучение в Вест-Пойнте, что в итоге приведет их к присвоению звания второго лейтенанта армии США и к возложению на них непосредственной ответственности за руководство взводом, нередко в бою. Первые 6 недель обучения в Вест-Пойнте называют базовой подготовкой курсантов (Cadet Basic training, CBt). Важно понимать, что CBt представляет для большинства курсантов напряженный и пугающий опыт. Им делают военные стрижки, выдают обмундирование, они должны быстро изучить основы строевой подготовки, а также правила поведения и воинской вежливости. Позже они проходят полевую подготовку, которая включает выполнение базовых

¹ В военных вузах США принято именовать курсантов по году выпуска, а не набора, как у нас. Класс выпуска 2008 года надо понимать как класс набора 2004 года.

² Предиктор – прогностический параметр.

³ Ортогональность – взаимная статистическая независимость между показателями (параметрами).

упражнений курса стрельб из стрелкового оружия, рукопашные бои и длительные марши с тяжелыми ранцами и винтовками. Лишение сна, борьба с жарой, холодом и сыростью в полевых условиях, а также изоляция от друзей и семьи представляют сложность [для адаптации курсантов].

Процесс отбора в Вест-Пойнте является детальным и всеобъемлющим. Кандидаты оцениваются по трем основным параметрам: способности, лидерский потенциал и физическая подготовленность. В течение 3-х дней после прибытия в Вест-Пойнт всем курсантам 2008 года выпуска предъявлялся тест на выдержку и настойчивость. Затем курсантов отслеживали на протяжении СВt и первого года обучения, а также оценивали относительный вес настойчивости по отношению к способностям и другим предикторам. Было обнаружено, что настойчивость была статистически значимым и сильным ($r = 0,41$) предиктором прохождения СВt. Действительно, курсанты, которые имели стандартное отклонение выше среднего, по сравнению с прочими поступившими кадетами, имели в два раза больше шансов завершить СВt. По сравнению с исследованиями других популяций, настойчивость не коррелировала с показателями способностей. Интересно, что, хотя [высокие показатели], полученные при прохождении теста на настойчивость, значительно повышали прогноз академической успеваемости курсантов в течение осеннего и весеннего семестров первого курса обучения (или плебейского года), показатели способностей содействовали большей дисперсии этих прогнозов.

Анализ классов 2010 года выпуска показал, что курсанты с низкими показателями настойчивости обращались в консультационный отдел Вест-Пойнта в ходе СВt значительно чаще, чем их более настойчивые товарищи, и получали существенно более низкие оценки по военной и физической подготовке. Однако курсанты с низкими показателями настойчивости, прошедшие СВt, в течение плебейского года не отличались от прочих сокурсников по академической успеваемости.

Мы также распространили изучение настойчивости на другой контекст военной подготовки в другой культуре. Эйд и Мэтьюс (2004) изучали адаптацию и работоспособность курсантов норвежской военно-морской академии в течение 10-недельного плавания на борту трехмачтового корабля. Эта миссия характеризовалась выполнением

сложных, а иногда и опасных задач и социальной изоляцией от дома и семьи. Полученные результаты показали, что настойчивость, помноженная на самооценку и рейтинг в коллективе, определяет оценки, полученные курсантами за выполнение военной задачи. Результаты, сообщенные Даквортом и др. (2007) и Эйдом и Мэтьюсом (2004) говорят непосредственно о теме этой главы – то есть о понимании менталитета, мотивации и установок солдата. Непокколебимая решимость преуспеть в выполнении сложной задачи, такой как прохождение СВт в Вест-Пойнте или норвежское парусное плавание, характеризует важный аспект понимания солдата. Заметим также, что настойчивость является одной из составляющих сильных сторон характера, которые вместе составляют основную моральную добродетель мужества, описанную Петерсоном и Селигманом (2004). Более того, армейская доктрина определяет мужество как одну из семи армейских ценностей, обладание которыми позволяет считаться солдатом (Department of the Army, 1999). Многие военные упражнения и условия оперативной обстановки требуют развития этой черты, и она ценится и культивируется военной средой. Солдаты, у которых развита или которые развивают эту сильную черту характера, могут лучше адаптироваться и демонстрировать лучшие результаты в различных сложных ситуациях.

Сильные стороны характера по определению Петерсона и Селигмана

WPSP включает изучение 24 сильных сторон характера, определенных Петерсоном и Селигманом (2004), измеряемых по VIA-IS через самооценку опрашиваемых. Цель данной работы состоит в том, чтобы определить, какие сильные стороны характера являются наиболее важными для облегчения адаптации солдата в сложных ситуациях. Большая часть этой работы посвящена изучению роли сильных сторон характера в адаптации к суровому опыту Вест-Пойнта, но в настоящее время ведется определенная работа, которая позволит распространить исследовательскую модель на солдат, находящихся на действительной службе.

В качестве отправной точки полезно изучить, чем военнослужащие могут отличаться от гражданского населения с точки зрения иерархии сильных сторон характера. С этой целью Мэтьюс, Эйд, Келли,

Бейли и Петерсон (2006а) сравнили курсантов Вест-Пойнта, курсантов норвежской военно-морской академии и гражданских лиц США (в возрасте от 18 до 21 года) по 24 сильным сторонам характера, измеренным с помощью VIA-IS. В результате этого исследования было сделано несколько интересных выводов, которые могут дать ключ к пониманию менталитета воина, его мотивации и установок. Во-первых, несмотря на очевидные культурные различия между американской и норвежской выборкой, эти две военные выборки были более похожи друг на друга в ранговом распределении 24 сильных характера ($r = 0,82$), чем курсанты Вест-Пойнта и американские гражданские лица ($r = 0,61$). В этом конкретном исследовании VIA-IS был использован через несколько месяцев после того, как курсанты обеих академий начали свое обучение. Таким образом, как предвзятость отбора – то есть люди с профилями характера, подходящими для военных, – так и индоктринация к военной культуре могли способствовать поразительному сходству в профилях сильных сторон между двумя военными выборками. Для выяснения относительного вклада этих двух факторов необходима дальнейшая работа.

Мэтьюс и др. (2006а) также обнаружили, что выборка Вест-Пойнта набрала значительно больше баллов, чем гражданская выборка американской молодежи по 13 из 24 сильных сторон. Это неудивительно, учитывая элитарный характер любого курса и важность характера в доктрине обучения и воспитания Вест-Пойнта. Кроме того, как курсанты Вест-Пойнта, так и курсанты норвежской военно-морской академии были особенно сильны в чертах характерах, соответствовавших военной культуре и, в случае США, военной доктрине. Честность, настойчивость, храбрость и умение работать в команде были одними из главных достоинств обоих военных выборок. Гражданская выборка США главными сильными сторонами посчитала доброту, юмор, способность любить, благодарность и любопытство. Конечно, все это хорошие качества, но, возможно, не столь необходимые для успешной адаптации к сложной военной программе обучения и воспитания.

Мы были заинтересованы в том, чтобы определить, насколько сильно изменилось ранжирование сильных сторон характера за 47-месячный опыт обучения в Вест-Пойнте. С одной стороны, если стабильность оценок соответствует действительным чертам характе-

ра [курсантов], то с течением времени можно ожидать относительно небольших изменений. С другой стороны, Вест-Пойнт делает упор на развитие характера, и курсантам постоянно напоминают о важности характера в руководстве другими людьми, особенно в сложных условиях боевых действий и длительных развертываний. Используя метод поперечного среза, исследователи сравнили показатели силы черт характера у 132 плебеев (первокурсников) с выборкой из 100 курсантов первого класса (старшекурсников). В целом, корреляция составила 0,87. Сравнение средних различий для каждой из 24 сильных сторон выявило статистически значимую разницу только для одной черты (старшекурсники оказались менее «духовными», чем плебеи). Произошло некоторое смещение рангов сильных сторон характера, например, коллективистские качества (командная работа) оказались немного выше по рангу у старшекурсников, но в целом профили обеих выборок были удивительно похожи. Применение метода продольного среза было бы более эффективным, но текущие данные свидетельствуют о значительной стабильности показателей сторон характера в течение длительного периода времени в контексте очень сильного воздействия окружающей среды. Неразумно предполагать, что характер не продолжает развиваться под влиянием военной подготовки и воспитания. Возможно, VIA-IS нечувствителен к тонким изменениям, происходящим с течением времени, но, возможно, «военные» черты характера просто усиливаются и более глубоко укореняются.

Следующий важный вопрос заключался в том, в какой степени сильные стороны характера могут иметь значение при прогнозировании эффективности деятельности военного персонала в сложных учебных и оперативных условиях. Мэтьюс, Питерсон и Келли (2006b) провели анализ по каждой из 24 сильных сторон характера в выборке из 1208 курсантов Вест-Пойнта 2009 года выпуска. Эти данные, наряду с ответами по трем полным субшкалам VIA-IS – *оптимизм*, *настойчивость* и *способность любить* – были собраны на следующий день после того, как эти курсанты прибыли, чтобы начать СВt и свои 4 года обучения в Вест-Пойнте. Самооценки по этим субшкалам были использованы потому, что время, отведенное на тестирование, не позволяло использовать полный 240-вопросный опросник VIA-IS; однако экспериментальная работа, проведенная в Вест-Пойнте с меньшей

выборкой (132) курсантов, использовавших полный опросник, показала довольно высокий уровень ($>0,70$) корреляции между VIA-IS и самооценками по 24 сильным сторонам. Аналогично исследованию Дакворта и др. (2007) был проведен анализ взаимосвязи между сильными сторонами характера и «выживанием» в ходе СВt. Анализ показал, что курсанты, успешно завершившие СВt, имели статистически более высокие баллы по следующим сильным сторонам характера: *оптимизм, настойчивость, командная работа, храбрость, целеустремленность, справедливость, честность, лидерство и самоконтроль*. Эта же связь сохранялась и в отношении полномасштабных оценок оптимизма и настойчивости. Факторный анализ по 24 сильным сторонам привел к решению с пятью факторами. При введении в уравнение регрессии один фактор оказался существенно связанным с предсказанием успешности «выживания». Этот фактор состоял из индивидуальных сильных сторон *лидерства, командной работы и храбрости*.

Исследование Мэтьюса и др. (2006b) представляет доказательства того, что определенный профиль или совокупность сильных сторон характера может иметь решающее значение для понимания того, как солдаты адаптируются к очень сложной ситуации. Сильные стороны характера, которые были связаны с «выживанием» в ходе СВt, совпадают с армейской доктриной (Department of the Army, 1999), которая выделяет такие ценности, как *честность/цельность, мужество и оптимизм*. Идея этой главы ясна: чтобы понять воина, необходимо оценить его сильные стороны, которые характеризуют солдат и важны для их успешной адаптации и эффективности [деятельности] в трудных ситуациях.

Чтобы выяснить, определяют ли сильные стороны характера, оцениваемые по VIA-IS, адаптацию в другом контексте, Мэтьюс и его партнеры из Бергенского университета провели обследование по VIA-IS курсантов норвежской военно-морской академии до их отплытия в 10-недельную парусную миссию, описанную ранее. По окончании плавания курсантские подразделения провели ряд экспертных оценок по каждому своему члену (подразделение насчитывало 10 курсантов). Эти оценки были сгруппированы по параметрам, влияющим на адаптацию и эффективность деятельности во время плавания: *надежности* (насколько стойко/надежно курсант справлялся с задачами), *коммуни-*

кабельности, влиянию (на других курсантов), продуктивности, гибкости, креативности, ответственности и общей производительности. Шесть основных моральных добродетелей были введены в пошаговую многофакторную регрессию для предсказания характера влияния на каждый из оцененных параметров. Шесть основных моральных добродетелей не влияли на два параметра адаптации во время плавания (на ответственность и креативность); однако действительно в значительной степени определяли рейтинги остальных параметров. Основная моральная добродетель мужества была важным предиктором надежности, продуктивности, гибкости, влияния на сверстников и общей результативности. Коммуникабельность определялась основными моральными добродетелями человечности и умеренности, причем курсанты выше оцененные по добродетели человечности и ниже – по добродетели умеренности получали более высокие оценки сверстников по коммуникабельности. Умеренность также была обратно пропорционально связана с оценками гибкости.

В другом контексте Эйд, Мэтьюс, Джонсон, Лаберг и Бартон (2008) рассматривали роль сильных сторон характера в адаптации и результативности деятельности курсантов норвежской военно-морской академии во время учений по поведению в плену, в рамках 8-дневного курса выживания, который предполагает экстремальное ограничение в сне и пище и непрерывную деятельность в течение каждого дня. Командир курсантских подразделений провел инструктаж, и они приступили к выполнению задачи. Прежде чем курсанты выполнили свою миссию, они были захвачены «вражескими» силами и взяты под стражу примерно на 24 часа. Им завязали глаза и связали руки, а затем заперли в подземном бункере. Во время заключения каждый курсант был допрошен сотрудниками норвежской разведки не менее трех раз. Цель состояла в том, чтобы выяснить, будет ли курсант разглашать информацию о миссии, кроме разрешенных к сообщению сведений об имени, звании и служебном номере. Во время учений курсантам не разрешалось разговаривать ни с кем, кроме следователей, и они были вынуждены стоять, за исключением кратких периодов отдыха, когда это было необходимо. Для оценки результативности курсантов в ходе учений по поведению в плену были отобраны два критерия: общее время выдержанного допроса и итоговый показатель результативно-

сти (определяемый [экспертными оценками] опытных военных разведчиков). Шесть основных моральных добродетелей не определяли ни время выдержанного допроса, ни итоговый показатель результативности; однако жизнестойкость существенно коррелировала с обоими критериями результативности. Жизнестойкость умеренно коррелирует с настойчивостью (0,32) и концептуально и эмпирически связана с сопротивляемостью у военной выборки.

Во время учений по поведению в плену курсанты были лишены сна, голодны и находились в состоянии сильного стресса. Эйд и Морган (2006) недавно сообщили, что курсанты, участвующие в этих учениях, переживают достаточно сильную перитравматическую диссоциацию¹, состояние, граничащее с травмой, а также связанное с повышенным риском ПТСР. Симптомы включают амнезию, деперсонализацию² и дереализацию³. Эйд и Морган обнаружили, что перитравматическая диссоциация была значительно выше у курсантов в конце учений, чем во время тренировки, проведенной в менее угрожающей обстановке несколькими неделями ранее. Они также обнаружили, что курсанты с более высоким уровнем психологической устойчивости, в особенности в плане способности решения трудных задач, были менее склонны к перитравматической диссоциации, чем менее устойчивые курсанты.

Эйд и др. (2008) использовали сильные стороны характера VIA-IS как предикторы перитравматической диссоциации. В дополнение к измерению перитравматической диссоциации во время учений по поведению в плену и в ходе тренировочной сессии перед учениями, они также оценивали ее в неопасной ситуации в классе за несколько недель до тренировки и учений. Имело место линейное увеличение показате-

¹ Вторичная или перитравматическая диссоциация – дальнейшая дезинтеграция личного опыта перед лицом продолжающейся серьезной угрозы – позволяет дистанцироваться от непереносимой ситуации, уменьшить уровень боли и страдания и, в конечном счете, защитить себя от осознания всей меры воздействия травматической ситуации. Она оказывает своего рода анестезирующее действие, выводя индивида из соприкосновения с чувствами и эмоциями, связанными с травмой.

² Деперсонализация – расстройство самовосприятия личности и отчуждение её психических свойств.

³ Дерееализация – измененное состояние сознания, когда все кажется нереальным, искусственным, лишенным привычных красок, с изменением течения и скорости времени.

лей диссоциации, соответственно от низкого уровня стресса (класс), к умеренному (тренировочные упражнения) и высокому (учения по поведению в плену). Кроме того, регрессионный анализ показал, что курсанты, которые были сильнее в основной моральной добродетели человечности, демонстрировали более низкую перитравматическую диссоциацию во время выполнения высокострессовых учений по поведению в плену. Это согласуется со свидетельствами американских военнопленных времен Вьетнамской войны, которые утверждали, что забота друг о друге и сильная социальная связь были жизненно важны для выживания в плену.

Наконец, попытавшись выяснить, какие сильные стороны характера наиболее важны для адаптации и результативности деятельности солдат, развернутых для боевых операций в Афганистане и Ираке, Мэтьюс (неопубликованные данные) попросил 29 армейских офицеров заполнить анкету после их возвращения из развертывания, сопровождавшегося участием в боевых действиях. Респондентам было предложено написать абзац, описывающий наиболее сложную ситуацию, с которой им пришлось столкнуться во время развертывания. Ситуации варьировались от драматических боестолкновений до трудностей разлуки с семьей. Затем офицерам было предложено оценить по пятибалльной шкале от «очень незначительно» до «очень важно», как каждая из 24 сильных сторон характера, определенных Петерсоном и Селигманом (2004), способствовала эффективному разрешению этой ситуации. Пять наиболее высоко оцененных сильных сторон характера – командная работа, честность, смелость, настойчивость и рассудительность. Пять, получивших самую низкую оценку, – чувство красоты, любознательность, чувство юмора, благоразумие и креативность.

Результаты исследования сильных сторон характера, которые помогли опытным солдатам справиться с трудностями боевых действий, дают исключительно интересный взгляд на понимание того, что мотивирует солдата в самых сложных условиях. Интересно отметить, что сами качества и сильные стороны, определенные доктриной (Department of the Army, 1999), а также те, которые, как оказалось, связаны с успешной адаптацией и результативностью в различных учебных ситуациях – те же самые, которые проявляются в бою. Еще один интересный аспект заключается в том, что, хотя эти сильные стороны

имеют жизненно важное значение для адаптации в условиях боевых действий и стрессовой подготовки, они могут быть не оптимальными для других ситуаций, с которыми солдаты могут столкнуться в других частях вооруженных сил, в отношениях со своими семьями или в условиях гражданской жизни. Это свидетельствует, что выработка способности к адаптации может, в частности, включать обучение солдат тому, как активировать различные констелляции сильных сторон характера в различных ситуациях. Дакворт и др. (2007) обнаружили, что сильные стороны характера, важные для прохождения базовой подготовки курсантов в Вест-Пойнте, не совпадают с качествами, которые необходимы для достижения успеха в последующем академическом обучении.

Клиническая практика

Несмотря на растущий интерес к применению конструкторов и методов позитивной психологии к клиническим вмешательствам, принятие такого подхода представляет собой парадигмальный сдвиг в психологии, отступление от модели психического заболевания. Очевидно, что солдаты, испытывающие ПТСР, депрессию, тревожные расстройства или проблемы со злоупотреблением психоактивными веществами, могут извлечь пользу из традиционных терапевтических подходов. Однако, как мы увидим, есть свидетельства того, что даже люди, переживающие психопатологические состояния, могут извлечь пользу из основанных на позитивной психологии вмешательств, дополняющих или заменяющих традиционные подходы. Кроме того, позитивная психология представляется особенно актуальной для большинства ветеранов боевых действий, которые не имеют официально диагностированных нарушений, но, тем не менее, могут испытывать трудности в адаптации к нормальной обстановке после боевой ротации. Цель данного раздела – дать краткий обзор новейшей литературы, описывающей концептуальные и эмпирические основы применения позитивной психологии к солдатам.

Петерсон, Парк и Селигман (2006) сообщают о результатах ретроспективного веб-исследования 2087 взрослых, испытавших физические или психологические заболевания. Вопрос, имеющий отношение к текущему обсуждению, заключается в том, были ли какие-либо

конкретные модели сильных сторон характера, оцененные по VIA-IS, связаны с последующей адаптацией этих людей. Петерсон и его коллеги сообщали, что при физических заболеваниях те, у кого были относительно высокоразвиты храбрость, доброта и юмор, испытывали «меньшую нагрузку» в удовлетворенности жизнью. Что касается психических заболеваний, то те, у кого относительно высокие показатели характера были связаны с ценностью красоты и любовью к учебе, лучше справлялись с удовлетворенностью жизнью после болезни. Петерсон, Рух, Бирманн, Парк и Селигман (2007) обнаружили, что сильные стороны характера, наиболее связанные с удовлетворенностью жизнью в неклинических популяциях, – способность любить, надежда/оптимизм, любопытство и интерес. В совокупности эти исследования показывают, что мероприятия, направленные на выработку конкретных сильных сторон характера, могут быть полезны для оказания помощи солдатам, в том числе тем, кто пережил физическую или психическую травму, в восстановлении, поддержании или усилении чувства удовлетворенности жизнью.

Резник и Розенхек (2006) предприняли подход, основанный на сильных сторонах характера, чтобы помочь ветеранам по программе психологической реабилитации департамента по делам ветеранов. Они рассматривали свой подход, основанный на принципах позитивной психологии, как аналогичный «движению восстановления», поскольку оба подхода фокусируются на сильных сторонах характера человека и психическом здоровье в противовес человеческим недостаткам и психическим заболеваниям. Авторы предложили опросник VIA-IS клиентам, включенным в их программу, и сообщили, что испытуемые, прошедшие тест, отметили для себя множество положительных результатов, включая чувство удовлетворения и улучшение настроения после завершения теста. Многие считали, что подход «сильные стороны» отвечает их потребностям. Хотя представленные результаты являются качественными, они многообещающи в том смысле, что показывают принятие позитивного психологического вмешательства среди соответствующего военного контингента.

Селигман, Стин, Парк и Петерсон (2005) сообщили о результатах более систематического и методологически сложного применения позитивно-психологических вмешательств для повышения уровня сча-

стью и уменьшения депрессивных симптомов. Используя случайные интернет-выборки, они набрали 577 взрослых для участия в 6-месячном исследовании. Испытуемые в экспериментальных группах получали инструкции, как выполнить одно из пяти позитивных психологических вмешательств. Испытуемых контрольной группы просили записывать воспоминания раннего детства каждый вечер в течение недели. Более 70% выборки выполнили упражнения. Три упражнения казались особенно эффективными: «визит благодарности», упражнение «три хороших вещи» и «использование личных сильных сторон по-новому». «Визит благодарности» включал в себя размышление о ком-то, кто оказал большое и позитивное влияние на жизнь испытуемого, написание благодарственного письма и чтение его этому человеку лицом к лицу. Упражнение «три хороших вещи» включало в себя размышление в конце каждого дня о трех вещах, которые удались, и о том, почему они удались. Упражнение «использование личных сильных сторон» требовало от испытуемых использовать одну из своих главных сильных сторон характера, определенных по VIA-IS, по-новому каждый день в течение недели. Результаты показали, что упражнение «три хороших вещи» и упражнение «сильные стороны» одновременно увеличивали ощущение счастья (измеренное индексом счастья Стина) и уменьшали депрессию (измеренную по шкале депрессии Бека) в течение 6 месяцев по сравнению с плацебо-контрольным состоянием. «Визит благодарности» также имел большой эффект, но только на 1 месяц.

Результаты работы Селигмана и др. (2005) демонстрируют, что основанные на позитивной психологии вмешательства эффективны для повышения ощущения счастья и уменьшения депрессии в большой выборке, набранной через интернет. Их выборка была разнообразна по возрасту, образованию и другим демографическим показателям. Было бы весьма информативно применять эту общую методологию к соответствующим военным выборкам, включая пациентов департамента по делам ветеранов, солдат, проходящих физическую реабилитацию в связи с ранениями, полученными в бою, и просто для солдат, возвращающихся из боевой ротации. Если бы эти вмешательства были успешными в рамках управляемого через интернет протокола, то, возможно, такие вмешательства, осуществляемые под руководством и

контролем в более традиционных условиях, оказались бы еще более эффективными.

Адаптивность и результативность деятельности в армии – это нечто большее, чем просто избегание патологии или отсутствие ошибок. Растущее движение коучинга¹, которое фокусируется на способах помочь людям научиться использовать положительные черты характера и навыки, чтобы преуспеть или процветать в жизни, является еще одним применением позитивной психологии в области психического здоровья. Грин, Оадес и Грант (2006) сравнили 28 участников, предназначенных для коучинга, с 28 участниками, назначенными в контрольную группу из списка ожидания. Они обнаружили, что группа коучинга продемонстрировала значительное увеличение стремления к цели, благополучию и надежде. Некоторые достижения сохранялись в течение 30 недель. В терминах сильных сторон характера, стремление к цели концептуально похоже на жизнестойкость или настойчивость, а надежда сродни оптимизму. Был сделан вывод, что такой подход особенно перспективен для неклинических групп населения, стремящихся улучшить собственную способность к адаптации и повысить результативность деятельности. Это полностью соответствует потребностям солдат, которые могут использовать такие вмешательства для улучшения позитивного психологического функционирования и поведенческой адаптации.

Ханна, Суини и Лестер (2007) представили модель мужества, предназначенную для выявления психологических состояний и черт характера, которые облегчают переживание страха в опасных ситуациях. Согласно их модели, основные ценности, многие из которых имеют отношение к военной доктрине и результатам эмпирических исследований характера, рассмотренным ранее, взаимодействуют с социальными и ситуационными факторами, вызывающими мужественное поведение. Модель предполагает, что предрасположенность к храброму поведению может быть увеличена с помощью вмешательств. В очень интересной работе Феджин-Джонс и Мидларски (2007) исследуют роль параметров позитивной психологии в дифференциации тех, кто помогал евреям во

¹ Коучинг – метод консультирования и тренинга, в процессе которого человек, называемый «коуч», помогает обучающемуся достичь некой жизненной или профессиональной цели.

время Холокоста, и тех, кто этого не делал. С мужественным альтруизмом, проявляемым теми, кто оказывал помощь в тяжелых обстоятельствах, была связана модель «социальной ответственности, альтруистических моральных рассуждений, эмпатической заботы и принятия риска». Как Ханна, так и Феджин-Джонс и Мидларски предполагают, что позитивный, ориентированный на психическое здоровье подход, направленный на развитие базовых сильных сторон характера, может быть использован для повышения мужества и готовности отдельных солдат активно вмешиваться в трудные обстоятельства.

Похоже, терапевтические подходы, основанные на позитивной психологии, открывают многообещающие перспективы для психологов, работающих с военными. Традиционные терапевтические и фармакологические подходы к лечению ПТСР и связанных с ним расстройств могут быть дополнены вмешательствами, подобными тем, о которых сообщили Селигман и др. (2005). Эти подходы могут иметь еще более широкое применение для большинства солдат, у которых нет симптомов, достигающих критериев клинического диагноза, но которые, тем не менее, влияют на качество их жизни. Военная культура стигматизирует¹ психологическое лечение, но подход, основанный на использовании большей части моделей коучинга, вполне может быть более приемлемым и подходящим для многих ветеранов боевых действий.

Выводы

Недавно я имел честь обратиться к генералу, командиру дивизии сухопутных войск, всем его подчиненным командирам до батальона включительно и их супругам на тему значения характера в бою и для противодействия развитию ПТСР. Подавляющее большинство этой группы опытных боевых лидеров были единодушны в том, что характер играет решающую роль в том, как солдаты адаптируются к бою и как они приспосабливаются к жизни после боевого развертывания².

¹ Стигматизация (от греч. στίγμα) – клеймение, навешивание социальных ярлыков.

² Развертывание (англ. deployment) – командировка на театр военных действий или для участия в миротворческих операциях.

Сочетание военной доктрины и эмпирических исследований в этой области ясно указывает на то, что понимание менталитета, мотивации и установок солдата требует осознания фундаментальной важности характера в адаптации к боевым условиям.

Этот подход имеет очевидные последствия для обучения. По мере того как ученые определяют, какие комбинации сильных сторон характера наиболее эффективны для облегчения адаптации к бою, могут быть разработаны основанные на фактических данных протоколы для обучения солдат тому, как активировать критически важные сильные стороны характера. Важным соображением при разработке подходов к обучению является то, что люди могут научиться применять свои собственные изначально высокоразвитые сильные стороны характера для решения проблем и адаптации к трудным обстоятельствам, но их также можно научить рассматривать иерархию своих сильных сторон как нечто вроде набора инструментов, и что они могут обращаться к соответствующему инструментарию, помогающему адаптации к конкретным ситуациям.

В заключение, практикующие врачи, работающие с военнослужащими (и их семьями), должны учитывать важность характера для этой группы. Условия военного образования, будь то академического обучения или курса базовой боевой подготовки для новичков, постоянно подчеркивают важность характера в адаптации и руководстве. Игнорировать роль характера в понимании менталитета, мотивации и установок солдата – значит, позаимствовать широко цитируемую поговорку из военной культуры: «Выбрать легкую ложь вместо трудной правды».

Рекомендуемая автором литература

Duckworth, A. I., Peterson, C., Matthews, M. D., & Kelly, D. R. (2007): Perseverance and passion for long-term goals. Journal of Personality and Social Psychology, 92, 1087–1101.

Эта статья иллюстрирует эмпирический подход к связыванию положительной силы характера с «жесткими» критериями результата как в военном, так и в гражданском контекстах.

Peterson, C. (2006). A primer in positive psychology. New York: Oxford.

Эта книга содержит прекрасный обзор истоков и способов применения позитивной психологии.

Peterson, C., & Seligman, M.E.P. (2004). Character strengths and virtues: A handbook and classification. New York: Oxford.

Подробно описана разработка классификационной схемы, которая определяет 24 сильные стороны характера, а также каждая из сильных сторон характера.

Источники, на которые ссылается автор

Booth, B., Segal, M. W., Bell, D. B., Martin, J. A., Ender, M. G., Rohall, D. E., & Nelson, J. (2007). What we know about Army families: 2007 update. Washington, D.C.: ICF International.

Duckworth, A. L., Peterson, C., Matthews, M. D., & Kelly, D. R. (2007). grit: Perseverance and passion for long term goals. Journal of Personality and Social Psychology, 92, 1087–1101.

Eid, J., & Matthews, M. D. (2004). Human strengths and adaptation to a radically changed context. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association.

Eid, J., & Morgan III, C. A. (2006). Dissociation, hardiness, and performance in military cadets participating in survival training. Military Medicine, 171, 436–442.

Eid, J., Matthews, M. D., Johnsen, B. H., Laberg, J. C., & Bartone, P. T. (2008). Character strengths and resilience during a POW exercise. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association.

Fagin-Jones, S., & Midlarsky, E. (2007). Courageous activism: Personal and situated correlates of rescue during the holocaust. Journal of Positive Psychology, 2, 136–137.

Green, L. S., Oades, L. G., & Grant, A. M. (2006). Cognitive-behavioral, solutionfocused life coaching: Enhancing goal striving, well-being, and hope. Journal of Positive Psychology, 1, 142–149.

Hannah, S. T., Sweeney, P. J., & Lester, P. B. (2007). Toward a courageous mindset: The subjective act and experience of courage. Journal of Positive Psychology, 2, 129–135.

Matthews, M. D., Eid, J., Kelly, D., Bailey, J. K. S., & Peterson, C. (2006a). Character strengths and virtues of developing military leaders: An international comparison. Military Psychology, 18(Suppl.), S. 57–68.

Matthews, M. D., Peterson, C., & Kelly, D. (2006b). Character Strengths Predict retention of west Point Cadets. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Society.

Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). Character strengths and virtues: A handbook and classification. New York: Oxford University Press.

Peterson, C., Park, N., & Seligman, M. E. P. (2006). Greater strengths of character and recovery from illness. Journal of Positive Psychology, 1, 17–26.

Peterson, C., Ruch, W., Beermann, W., Park, N., & Seligman, M. E. P. (2007). Strengths of character, orientations to happiness, and life satisfaction. Journal of Positive Psychology, 2, 149–156.

Resnick, S. G., & Rosenheck, R. A. (2006). Recovery and positive psychology: Parallel themes and potential synergies. Psychiatric Services, 57, 120–122.

Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology: empirical validations of interventions. American Psychologist, 60, 410–421.

Г л а в а 2

ПОСЛЕ БИТВЫ: НАСИЛИЕ И ВОИН¹

Введение

Бой меняет человека. Это кажется очевидным, но это утверждение не вполне оценено средним гражданином. Единственная профессия, которая явно обучает своих сотрудников причинять вред другим людям, выводить из строя и уничтожать их, – это профессия воина – солдат, моряков, летчиков и морских пехотинцев. Если говорить прямо, то основная цель боевой группы – убивать. Основная задача группы боевой поддержки состоит в том, чтобы убедиться, что боевая группа может выполнить свою задачу. Для тех, кто никогда не работал с профессиональным воином, это обстоятельство может казаться несколько тревожным. Оценка когнитивных и эмоциональных последствий, возникающих в результате борьбы с социальными, моральными и религиозными последствиями отнятия жизни у другого человека, вряд ли является легким делом. Но, начнем...

Невоенному практикующему специалисту важно, по крайней мере, оценить начинания воина, чтобы понять, куда он направляется. Несколько ограниченная по глубине психологическая литература действительно дает примеры повышенного риска совершения насилия среди некоторых, но, конечно, не всех ветеранов боевых действий. Риск бытового насилия особенно высок в этой выборке; однако большинство исследований рассматривали этот вопрос в контексте посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у ветеранов вьетнамской эпохи. Хотя, конечно, не так часто, как жестокое обращение с

¹ Большая часть содержания этой главы основана на широко известной книге о боевых действиях: «Психология и физиология смертельного конфликта на войне и в мирное время», написанной подполковником Дэйвом Гроссманом и Лорен У. Кристенсен.

партнером, но убийство, совершенное ветеранами, не является чем-то неслыханным, особенно в сообществе сил спецопераций. За последние несколько десятилетий некоторые случаи привлекли значительное внимание средств массовой информации. Один из самых экстремальных примеров – капитан Джефф Макдональд, военный врач и «зеленый берет», осужденный за убийство своей семьи в Форт-Брэгге, Северная Каролина, в начале 1970-х годов. Следует заметить, что Макдональд, будучи врачом, не проходил военной подготовки в подразделении «зеленых беретов», к которому он был приписан, и никогда не был во Вьетнаме. Самым правдоподобным объяснением убийств, совершенных им, было недовольство своей семьей и сопутствующее употребление психоактивных веществ; никто никогда не предполагал, что эти убийства имели какое-то отношение к военному опыту Макдональда, который был ничтожен.

Еще более тревожной была серия убийств в 2002 году в Форт-Брэгге, когда жены четырех солдат были убиты в течение всего лишь 6 недель. Трое из этих солдат недавно вернулись из командировок в Афганистан. Эти события вызвали появление заголовков, указывающих на такие причинные факторы, как противомалырийные препараты, борьба со стрессом и неверность партнеров. Очевидный рост показателей самоубийств, отмеченный в 2007 году, также ставит вопрос о росте смертности от суицидов (от латинского *sui* – «само» и *cidium* – «убийство»). Хотя приспособляемость и необходимость проявления агрессии в боевой обстановке будут обсуждаться более подробно позже, тот факт, что агрессия является такой же неотъемлемой частью вооружения воина, как винтовка, боеприпасы и бронежилет, недостаточно четко осознается. Клиницисты, которые лечат военнослужащих, обычно спрашивают: что происходит, когда воин возвращается домой с поля боя? Как он отделяет этот фундаментальный аспект менталитета воина? Как можно превратиться из тренированного убийцы на поле боя в обычного Джо в гражданском мире? Как я могу предотвратить появление еще одного заголовка [статьи о насилии, причиненном военнослужащим]?

Наша цель состоит в том, чтобы на следующих страницах осветить трудности, которые могут возникнуть, когда воин возвращается с поля боя. В частности, речь пойдет о том, как солдат учится управ-

лять агрессией, враждебностью и, да, даже желанием убивать, которое считается адаптивным в боевой обстановке. Мы обсудим, что значит быть воином, и выделим некоторые уникальные характеристики этих людей. Мы углубимся в менталитет воина и в то, как враждебность и агрессия становятся ключевыми компонентами его психики. Мы обсудим мифы и заблуждения, связанные с ветеранами и насилием, и, наконец, мы рассмотрим факторы, которые, вероятно, способствуют проявлению насилия и агрессии у Воина после его возвращения и способы защиты военнослужащего и тех, кто его окружает.

Кто эти люди?

Третий автор (из списка авторов этой главы – Гроссман) ввел понятие универсальной человеческой фобии в серии статей, которые он представил на ежегодных съездах Американской психологической ассоциации, Американской психиатрической ассоциации и Международном конгрессе по управлению стрессом в критических инцидентах. Эта концепция ни в коем случае не нова, но она придает новое звучание тому, что обычно хорошо известно, и является действительно универсальной, поскольку она, вероятно, затрагивает около 98% населения. Эта универсальная человеческая фобия – межличностная агрессия. В своей книге о боевых действиях Гроссман и Кристенсен (2007) приводят пример того, как незнакомец входит в переполненную комнату и стреляет из пистолета в случайного человека. До 98% людей обычной аудитории испытывали бы реакцию сильного испуга. Благодаря инстинкту борьбы, заложенному в нашем эволюционном строе, и отчаянному характеру ситуации, некоторые из действующих лиц реально смогут защитить себя от нападающего и сами станут агрессорами. Несколько отважных людей могут даже рисковать своей жизнью, чтобы позаботиться о раненых, но большая часть находившихся в комнате убежит от бандита и будет искать спасения. Несмотря на страх и инстинктивное стремление уйти от угрозы, когда любое другое здравомыслящее, рациональное существо делает то, что ему велит каждая унция его физического и психологического существа, воин почти всегда движим универсальной фобией. Точнее, он бросается в ее объятия. Сегодняшние солдаты, моряки, летчики и морские пехотин-

цы – те же рыцари древности. Каждый день их просят надеть доспехи, закрепить оружие и целенаправленно противостоять опасности, чтобы защитить тех, кого они поклялись защищать. Они – паладины в самом буквальном и современном смысле этого слова. Эти люди, как правило, не являются продуктом королевской власти или привилегий, но представляют собой сердце страны и воплощают традиции нации. Они патриотичны и лояльны. Они честны и трудолюбивы. Что еще более важно, они гордые, самоотверженные добровольцы. В той же работе авторы писали об анонимном военачальнике и его мыслях о своих людях после того, как они совершили необыкновенно доблестные поступки (Grossman & Christensen, 2007, p. XXII):

«Боже милостивый, где же мы возьмем таких людей? Любящий Бог предусмотрел, чтобы каждое поколение вновь порождало на Земле новых великанов. Если бы мы хоть на одно поколение остались без таких людей, то наверняка были бы прокляты и обречены».

Трудно спорить с его точкой зрения. Если бы нам каким-то образом пришлось пережить хотя бы одно поколение без людей, которые столь благородно согласились быть острием копья в защите нации, мы, конечно, были бы прокляты и обречены. Хотя это трудно и дорого, мы могли бы прожить целое поколение без врачей, учителей, министров и, да, даже без парня, который делает этот идеальный обезжиренный, без сахара ванильный латте в нашей любимой кофейне, но мы все равно выжили бы. Поколение без воинов, способных защитить наше коллективное благополучие от агрессии, закончило бы катастрофой. Хотя это и спорно, воины не рождаются, а скорее развиваются. Они создаются, обучаются и воспитываются. В первый же день базового обучения (или нахождения в учебном лагере) эти новые профессионалы погружаются в культуру с такой глубокой историей и традициями, как никакая другая. Они учатся жить по верованиям и учатся таким понятиям, как честь, долг, мужество и самопожертвование. Это не просто слова, а реальные понятия, которые имеют подлинные значения и смыслы, далеко выходящие за пределы того, что когда-либо будет знать средний гражданин. Они обучаются выполнению боевых задач, таких как рукопашный бой, владение оружием и оказание медицинской помощи на поле боя. Их также учат, что агрессия и способность убивать без

колебаний – неотъемлемая часть воинского искусства. Солдат, который принимает эти концепции, учится контролировать свои импульсы и поведение и направлять их против врага, когда он будет к тому призван, окончательно преобразуется в воина; другими словами, контролируемая и преднамеренная агрессия является ключом к успеху в этой профессии.

Менталитет воина

В книге «Бой» Гроссман и Кристенсен (2007) обсуждают два типа людей, встречающихся на поле боя: воины и овцы. Овцы избегают битвы или отказываются участвовать в ней, но у воинов, похоже, есть два основных вида отношения [к предстоящему убийству], когда они идут в бой. Одна группа, по-видимому, с нетерпением ждет его. Другая группа на самом деле не хочет этого делать, но так как это должно быть сделано, их позиция заключается в том, чтобы скусывать патрон и выполнять свою работу. И то и другое – здоровые реакции. Ниже приведен обмен по электронной почте с репортером, аккредитованным при американских силах, готовившихся вторгнуться в Ирак в 2003 году:

«Я знаю, что многое из того, что я слышу, – бравада. Вы часто слышите такие вещи, как «я просто хочу попасть туда, покончить с этим и закончить работу», или «это просто часть работы», которые указывают на более отстраненный взгляд. Как можно объяснить эти два вида отношения с психологической точки зрения? Вы действительно покупаетесь, когда читаете о солдатах, которые говорят, что хотят идти на войну? Что движет этими людьми? И, кроме того, как можно объяснить более отстраненное отношение?»

Ответом является то, что значительное число воинов действительно хотят увидеть бой. У некоторых из них это может быть бессмысленной бравадой, но у некоторых – нет. Эти воины тренировались для «большого боя». Для многих все меньшее, чем настоящая драка, будет разочарованием. Что же питает это желание [сражаться]? Тренинг, тренинг и еще раз тренинг.

Как упоминалось ранее, воинов холят, лелеют и развивают. Их учат, что агрессия и убийство приемлемы и контекстуальны. Их учат,

что их работа – защищать невинных, и уничтожать представляющих угрозу. Сначала человек сдерживает, а затем останавливает угрозу. Самый эффективный способ остановить кого-то – убить его. Но, как уже упоминалось, это контекстуальное явление. Существуют правила ведения боевых действий, в которых смертоносная сила может быть применена только при определенных обстоятельствах. Когда все делается правильно, как учили, представляющий угрозу может умереть, и эту возможность воин должен усвоить и принять.

Для воина принятие необходимости убивать – его защита. В хаосе и при физиологической напряженности, которые возрастают в любой перестрелке, воин не будет реагировать паникой. Он замедлит дыхание, просканирует окружающую среду и поразит цель. Люди гибнут из-за того, что человек не может контролировать свои эмоции и спорит о моральных и религиозных последствиях отнятия чужой жизни, когда пули пролетают над его головой. Правильный ответ таков: «Я думаю, что мне придется убить этого парня. Я знал, что когда-нибудь до этого дойдет. Вот для чего я тренировался». В своей номинированной на Пулитцеровскую премию книге «Убийство: психологические издержки обучения убийству на войне и в обществе» Гроссман (1995) обсуждает ряд этапов, которые человек проходит, отнимая жизнь. Во-первых, это стадия возбуждения, в которой может быть радость. Общий психологический термин для этого «эйфория выжившего», и выжившие в бою знают, что можно испытывать сильное облегчение и удовлетворение, которое приходит от убийства противника и знания того, что вы проживете еще один день. Затем поднимается непреодолимая волна раскаяния и чувства вины. Иногда они говорят: «Я только что убил человека, и мне это понравилось. Да что со мной такое? Разве это нормально?» Наконец, существует пожизненный процесс рационализации. Если этот процесс терпит неудачу, то он может быть одним из путей к посттравматическому стрессовому расстройству (ПТСР) или, как минимум, путем к пожизненным сомнениям, чувству вины и размышлениям об этом событии. К сожалению, многие из таких людей никогда больше не решатся отнять чужую жизнь.

Нет ничего плохого, если кого-то не беспокоит убийство или кто-то может даже получать удовольствие от этого во время боя. Позвольте мне повторить еще раз: нет ничего плохого в людях, которые находят

мир и удовлетворение в убийстве на поле боя. Идея, что человек будет непоправимо поврежден с ментальной и психологической точки зрения актом убийства во время боя, является в первую очередь современной когнитивной и эмоциональной концепцией. Основываясь на личных интервью с сотнями убивавших, Гроссман утверждает:

«Если вы скажете себе, что убийство будет потрясающим, травмирующим событием, то, вероятно, таким оно и будет. Но если вы мысленно подготовитесь и сможете рационализировать и принять тот факт, что убийство является законным и оправданным во время боя, то использование смертоносной силы не должно стать психологически разрушительным событием».

Опять же, нет ничего плохого, если кто считает убийство неприятным и тревожным, и такие люди заслуживают сострадания и поддержки. Но нет абсолютно ничего плохого в тех, кого это не беспокоит и не тревожит. Достаточно того, что бой убивает людей. Бессмысленно позволять боевому опыту разрушать жизнь воина, особенно если он сам мог избежать этого с помощью предварительной подготовки. Ключ – в подготовке ума, позволяющей обрести воинский дух и кевларовый разум, прежде чем выйти на поле боя. Обладающий ими и есть воин.

Насилие и воин: мифы и заблуждения

Неужели новое поколение безумных, склонных к самоубийству и в остальном неблагополучных ветеранов вот-вот обрушится на ничего не подозревающее население родного края? Ответ – да, но только если вы верите недавней статье на первой полосе «New York Times». По данным газеты, десятки тысяч ветеранов возвращаются из Ирака «с серьезными проблемами психического здоровья, вызванными боевым стрессом и кровопролитием». В конечном счете, число солдат, нуждающихся в лечении посттравматического стрессового расстройства или чего-то подобного, – говорит «Times», – может превысить 100 000. Если вызвать в воображении образ ветерана Вьетнама – неспособного справиться с жизнью и угрожающего либо убить себя, либо пойти на убийство невинных людей, – вероятно, так и должно быть.

Таково начало редакционной статьи «New York Post», вышедшей в 2004 году. Лишь немногим более чем через год после начала операции «Иракская свобода» (Operation Iraqi Freedom (OIF)) появилось множество статей и публикаций, оперировавших цифрами количества солдат, которые предположительно вернутся из Ирака и Афганистана, психологически травмированными после службы в боевых условиях. Статья в «New York Times», опубликованная 13 января 2008 года, получившая впоследствии широкое распространение, утверждала, что 121 ветеран OIF и операции «Несокрушимая свобода» (Operation Enduring Freedom (OEF)) был обвинен в убийстве после возвращения из зоны боевых действий; однако эта статья подверглась широкой критике, поскольку в ней не было дано никакого профессионального анализа таких утверждений. С поправкой на количество убийств на 100 000 человек число убийств в округе Колумбия было по меньшей мере в два раза больше, чем число смертей от рук ветеранов, и это было после снижения числа убийств в округе, которое продолжалось по меньшей мере 15 лет. Действительно, города, в которых ежегодный уровень убийств, вероятно, превышает число убийств, совершенных ветеранами OIF, включают Детройт, Балтимор, Новый Орлеан, Ньюарк, Сент-Луис и Окленд, а также округ Колумбия (Википедия, 2008).

Вскоре к спискам нуждающихся в лечении добавились и ветераны, пережившие сотрясения мозга, часто драматически описываемые как «повреждения мозга», а также те, у кого были ампутации и другие инвалидизирующие травмы, несомненно, оказывающие психологическое воздействие. Однако многие из этих утверждений были необоснованными и преувеличивали реальные проблемы. Статьи в «USA Today», например, цитировали данные из Медицинского центра армии Уолтера Рида, которые, по-видимому, подразумевали, что более 60% возвращающихся ветеранов будут иметь повреждения мозга, искажая данные, полученные от группы узкоспециализированной медицинской службы, которая имела дело только с пациентами, наиболее подверженными риску таких травм. «USA Today» также утверждала в какой-то момент, что в Форт-Худе, штат Техас было обнаружено больше солдат «с травмированным мозгом», чем было эвакуировано по медицинским показаниям со всего театра военных действий OIF. Этот «факт» был

весьма неожиданным для второго автора этой главы (Хоупвелла), который, будучи содиректором группы по черепно-мозговым травмам в Форт-Худе, отвечал за мониторинг таких травм, посчитал претензии «USA Today» весьма преувеличенными. Первоначальные выводы Хоупвелла и Кристофера (2007) о том, что в вооруженных силах происходит меньше сотрясений мозга, чем часто сообщалось в средствах массовой информации, и что большинство людей с сотрясениями мозга демонстрируют улучшение когнитивных функций и возвращаются на службу, были подтверждены в ходе опроса 2525 пехотинцев после их возвращения из годичной дислокации в Ираке.

Из подобных приукрашиваний средств массовой информации можно сделать два в целом ясных вывода: сотни тысяч ветеранов (экстраполируя из статьи «Times») вернутся с глобальной войны с террором психически неуравновешенными и станут потенциальными распространителями насилия в обществе, и что эти ветераны потребуют серьезного лечения. Общая тема является продолжением того, что повторялось во время вьетнамского конфликта, что в целом нормальная и хорошо приспособленная американская молодежь обучается военными убивать, а затем отправляется в травматическую ситуацию боя, которая оставляет им шрамы на всю жизнь. Умственно неполноценные, по возвращению домой они не могут приспособиться к жизни и необычайно склонны к насилию, злоупотреблению психоактивными веществами и становятся психически нестабильными. Однако редакция «New York Post» продолжала: «Не поймите нас неправильно: войны – все войны – оказывают психологическое воздействие на тех, кто в них участвует. Это было правдой на протяжении всей истории. ...Мы не хотим умалять тяжесть психической травмы, которую может нанести – и, к сожалению, наносит – война. Но миф о дисфункциональном ветеране, который начался со времен Вьетнама, в значительной степени был создан и распространялся группами, резко выступающими против всех военных действий США. ...Эта последняя попытка мифотворчества должна быть оспорена и дискредитирована, прежде чем она снова станет общепринятой мудростью». Мифы, подобные Вьетнаму, были окончательно и полностью дискредитированы серьезной работой Буркетта и Уитли (1998), которые показали, что выборка ветеранов Вьетнама не показывает нали-

чия тех проблем, в которые можно было бы поверить, читая газеты или просматривая фильмы в кино или по телевизору. Действительно, люди начали с подозрением относиться к цифрам пострадавших от посттравматического синдрома во Вьетнаме, поскольку число ветеранов, которым был поставлен этот диагноз и выплачена компенсация, выросло более чем в два раза по сравнению с общим числом военнослужащих, которые, как известно, участвовали в реальных боевых операциях во Вьетнаме. Число пациентов с посттравматическим синдромом, полученным во Вьетнаме, в настоящее время признано завышенным примерно в три раза, причем число тяжелых случаев составило 18,7% после ухода американцев и 9,1% через 12 лет после вторжения коммунистического Севера и окончания войны. Это резко контрастировало с оценкой в 30,9%, о которой сообщалось в течение многих лет.

Действительно, Буркетт и Уитли (1998) показали, что подавляющее большинство ветеранов были так же хорошо приспособлены или даже более успешны в послевоенной жизни, чем их гражданские сверстники, и оценки по критерию насилия и тюремного заключения у ветеранов, по-видимому, не отличались от аналогичных у не служивших в армии. Тем не менее, никто не может оспорить, что некоторые ветераны проявляют признаки и симптомы психического рубцевания как жертвы войны, а у кого-то эти шрамы в конечном итоге прорываются в их жизни и жизни членов их семей насильственными действиями. Насилие, по-видимому, следует за ветераном с поля боя и врывается, как нежеланный гость, когда ветеран теоретически должен пребывать в покое от насилия. Проблема здесь заключается в правдивой оценке количества, серьезности и характера насилия, которое может иметь место среди ветеранов боевых действий, и разработке точного способа выявления, лечения и прогнозирования таких тенденций без приукрашивания для политической выгоды, необоснованного смягчения, чтобы избежать личной ответственности или унижения истинных героев. Поэтому в этой главе рассматриваются факторы, способствующие проявлению насилия у ветеранов, то, как избежать мифов о «сумасшедшем ветеране», а также обсуждается, как выявлять и эффективно вмешиваться в такие расстройства.

Факторы риска

Как уже отмечалось, многие факторы способствуют тому, что большинство воинов, возвращающихся с поля боя, возобновляют нормальную жизнь, приспосабливаются и часто добиваются успеха лучше, чем их неслужившие сверстники, и никогда не проявляют необычного насилия. Несмотря на самую строгую в мире подготовку и контроль, все еще может пойти не так, и некоторые насильственные действия будут совершены меньшинством ветеранов после того, как они покинут поле боя и вернутся к гражданской жизни. В дополнение к «привычке к насилию», острый и длительный боевой стресс, и потенциальные нейропсихологические изменения, возникающие в результате травмы головного мозга, могут затронуть нервную систему и, возможно, психику и поведение воина.

Воздействие длительного стресса

В начале XX века один из самых влиятельных психологов, Кларк Халл, полагал, что поведение человека является результатом постоянного взаимодействия между организмом и окружающей средой; поэтому даже при солидной подготовке и избыточном обучении стимуляция, происходящая в окружающей среде, может вызвать у индивидов реакцию, которая в обычных условиях не проявляется, подталкивая их иногда к насилию. Халл отмечал: «...когда выживание находится под угрозой, организм находится в состоянии потребности (когда биологические требования для выживания не удовлетворяются), поэтому организм ведет себя таким образом, чтобы уменьшить эту потребность» (Schultz & Schultz, 1987, p. 238). Просто организм усиливает оптимальные биологические условия, необходимые для выживания. Ряд классических экспериментов Халла был даже разработан математически, чтобы предсказать ту самую точку, в которой организм (крысы, в экспериментах Халла,) будет подавлять реакцию или будет переполнен тревогой до такой степени, что будет атаковать или порождать риск самоповреждения для достижения цели. Экстраполируя на людей, можно сказать, что, если угроза или тревога, испытываемые ветера-

ном, становятся слишком сильными, он может вернуться к защитному режиму, который может включать насилие как способ справиться со стрессом. Конечно, ряд других факторов может снизить этот порог, например, физические или психические заболевания, усталость, злоупотребление алкоголем или психоактивными веществами. В настоящее время представляется, что именно устойчивый или даже многодетерминированный стресс может быть причиной по крайней мере некоторых, если не многих, долгосрочных последствий сотрясения мозга, а не когнитивного воздействия самого сотрясения, такого как те, которые испытываются при взрывных травмах.

Халл также распознал, что организмы крыс были мотивированы другими силами, известными как вторичные подкрепления. Это означает, что ранее нейтральные стимулы (такие как фейерверк) могут обретать характеристики пускового механизма, поскольку они способны вызывать реакции, сходные с теми, которые вызываются первоначальным состоянием потребности или первичным пусковым механизмом (например, разрывами ракет и мин). Поэтому ветеран начинает реагировать на фейерверки Четвертого июля так, как если бы они были минометным обстрелом, проявляя повышенную тревогу, страх, реакцию испуга и, возможно, даже убегая, защищаясь или прячась.

Фраза «борись или беги» часто используется для описания соответствующей реакции организма на стрессовые раздражители. Когда человек подвергается реальной или предполагаемой опасности, в головном мозге, вегетативной нервной системе, гипоталамо-гипофизарно-адренокортикальной оси (ГГА) и иммунной системе возникает ряд сложных взаимодействующих нейрофизиологических реакций. Считается, что эти реакции первоначально развились в ходе эволюции, чтобы обеспечить жизненно важную полную мобилизацию организма, необходимую для выживания индивида в условиях угрожающей жизни опасности. Во время тревожной реакции и на стадии резистентности к острому стрессу активизируются участки мозга, участвующие в возбуждении и концентрации внимания. Это приводит к повышенной восприимчивости к угрозе и снижению внимания к менее острым раздражителям окружающей среды – например, воин в разгар перестрелки может не почувствовать, что он ранен до конца боя. Это также вносит

свой вклад в телескопическое зрение¹ и перцептивные искажения, хорошо документированные Гроссманом и Кристенсеном (2007).

Степень тревожности варьируется в зависимости от степени угрозы, начиная от испуга до откровенной паники и ужаса, и стрессовые реакции часто считаются реакциями широкого спектра воздействия, просто раздражающие некоторых, но приводящие к настоящей инвалидности у тех, кто-либо более уязвим, либо подвержен более серьезному и кумулятивному стрессу. Помимо изменений в функционировании мозга, в эту же системную реакцию вовлечены и другие системы органов. Симпатический отдел вегетативной нервной системы (ВНС), который берет свое начало в головном мозге и распределяется по всему остальному телу, осуществляет мобилизацию мозгом всего остального тела. Активация ВНС увеличивает кровяное давление и пульс, расширяет зрачки, увеличивает частоту дыхания, увеличивает кровоснабжение мышц и подавляет пищеварение. Ось ГГА активируется, тем самым высвобождая различные гормоны, связанные со стрессом. Нервные и гормональные сигналы активируют надпочечники, которые выделяют важные гормоны, связанные со стрессом, включая эпинефрин (или адреналин) и кортизол. Эти гормоны быстро поступают в кровоток, действуя во всех системах органов, чтобы подготовить организм к борьбе или бегству. Стоимость услуг такого адаптивного механизма гипервозбуждения может быть существенной; тревожная реакция потребляет энергию и истощает запасы доступных нейромедиаторов и гормонов.

При достаточном промежутке времени между угрожающими событиями организм обычно достигает существенного прогресса в возвращении к прежнему гомеостазу, или равновесию, пополняя запасы нейротрансмиттеров, гормонов, глюкозы и других важных химических веществ. Однако, когда стрессовое событие имеет достаточную продолжительность, интенсивность или частоту, тело не имеет возможности поддерживать это состояние сильного возбуждения — аппарат реагирования на стресс утомляется. Одна из теорий гласит, что при сильном повторном стрессе (например, при повторяющихся атаках или многократном развертывании), нейромедиация может стать чрезмер-

¹ Телескопическое зрение характеризуется гигантской остротой, от 200% до 500% и выше.

но сенсibilизированной. Считается также, что тогда возникает некий тип эффекта разжигания, или каскада, когда тревога вспыхивает и вызывает весь всплеск активации ГГА ненормальным и неадаптивным образом; следовательно, у человека могут происходить изменения в настроении и поведении. В настоящее время также известно, что более тяжелое боевое воздействие в дальнейшем увеличивает опасность развития тяги к риску, поскольку воины, которые подвергались более жестоким условиям боя, – те, кто убивал (частично в зависимости от физической близости, в которой происходит убийство), и те, кто контактировал с многочисленными и тяжелыми формами человеческих травм, – проявляют самый высокий уровень риска, импульсивности, чувства непобедимости и т.д. Эти факторы, конечно, могут быть только чреваты насилием, но предполагается, что в сочетании с такими компонентами, как гнев, злоупотребление психоактивными веществами, раздражительность и т.д., они вполне могут привести к насилию.

Влияние черепно-мозговой травмы

В ходе нынешних конфликтов в Афганистане и Ираке черепно-мозговая травма (ЧМТ) стала одной из основных причин травматизма наших воинов, иногда она называется «характерной травмой» глобальной войны с терроризмом. Хотя проникающие и тяжелые закрытые черепно-мозговые травмы обычно выявляются и лечатся немедленно, легкая ЧМТ (ЛЧМТ или сотрясение мозга) может быть не замечена, особенно при наличии других более очевидных травм. Из-за многочисленных разворачиваний и характера вражеской тактики воины подвергаются риску получить более чем одну легкую черепно-мозговую травму или сотрясение мозга за короткий промежуток времени. Это особенно актуально для тех, кто выполняет очень опасные задачи, такие как расчистка маршрутов и обезвреживание бомб. ЛЧМТ, или, как ее здесь будут называть, сотрясение мозга, сама по себе не является существенным фактором возникновения риска насилия. И все же возникает вопрос: насколько контузии будут способствовать проявлению агрессии у возвращающихся ветеранов, если вообще будут способствовать? Мы предсказываем, что подобно посттравматическому син-

дрому и оранжевому гербициду в эпоху Вьетнама, сотрясения мозга в OIF вскоре будут обвиняться во всем – от бездомности до убийства.

Действительно, склонность к насилию может возникнуть в результате повреждения мозга, но такое повреждение должно быть довольно серьезным, обычно включающим повреждение областей, которые либо контролируют эмоциональные реакции, либо служат тормозными центрами (тормозными системами), или и то и другое. Поведение, сопровождающееся необычной жестокостью, было задокументировано у пациентов после начала метаболических заболеваний, например, деменции и опухолей, а также после травмы головы или инсульта. Однако такие повреждения, как правило, должны быть значительными, и одно исследование, проведенное в Университете Южной Калифорнии, показало, что целых шесть областей мозга должны демонстрировать значительные аномалии, чтобы имел место уровень насилия, приводящий к убийству, – условия, которые редко встречаются при сотрясении мозга и не встречаются у большинства ветеранов, возвращающихся с сотрясением мозга из Ирака или Афганистана.

Как и в случае любой другой проблемы, риск агрессии может повышаться из-за сопутствующих проблем, таких как злоупотребление алкоголем, посттравматическое расстройство или множественные сотрясения мозга, которые достаточно серьезны, чтобы нанести более существенный ущерб. Дальнейшие исследования корреляции сотрясения мозга и ПТСР подтверждают выводы Хоупвелла и Кристофера (2007): они предполагают, что многие трудности, постоянно испытываемые такими пациентами, гораздо больше связаны с ПТСР, чем с предшествующими сотрясениями мозга, причем проблемы от последних обычно разрешаются. Поэтому насильственного поведения после простого, неосложненного сотрясения мозга ожидать не стоит.

У настоящих преступников, совершивших преступления насильственного характера, повреждение лобных долей может привести к потере тормозного контроля над другими мозговыми центрами, включая те области, которые модулируют страх, возбуждение и эмоции. Было показано, что, в дополнение к префронтальным повреждениям головного мозга, участки повреждения в гипоталамусе связаны с такими проблемами, как периодическое взрывное расстройство (вспыльчивость). Напротив, большинство сотрясений мозга способствуют

тому, что воспринимается как незначительные повреждения на клеточном уровне, такие как аксональный сдвиг или, при взрывных повреждениях, гибель клеток глубоко внутри таких областей, как центры памяти.

Взрывные повреждения могут возникать непосредственно в результате вызванных взрывной волной изменений атмосферного давления (первичная взрывная травма), от людей, пораженных первичными или вторичными осколками (вторичная взрывная травма), или от людей, насильственно приведенных в движение (отброшенных) взрывом (третичная взрывная травма). Такие повреждения могут привести к диффузной аксональной травме, контузии или даже субдуральному кровоизлиянию. Диффузные аксональные повреждения очень часто возникают после закрытых травм головы и могут возникать при сдвиге, растяжении или угловом натяжении аксонов и мелких сосудов. Нарушение аксонального транспорта приводит к очаговому аксональному набуханию, которое через несколько часов может привести к разрыву аксонов. Наиболее распространенными местами являются кортикомедулярное (серое вещество – белое вещество) соединение (особенно в лобной и височной областях), внутренняя капсула, глубокое серое вещество, верхний ствол головного мозга и мозолистое тело. Сотрясение мозга также приводит к несоответствию между церебральной потребностью в глюкозе в отличие от снижения мозгового кровотока и снижением скорости метаболизма кислорода, возникновение которого может привести к метаболической и нейромедиаторной дисфункции. Это приводит к целому каскаду

- неспецифической деполяризации;
- высвобождения возбуждающих нейротрансмиттеров;
- массивному оттоку калия;
- повышенной активности мембранных ионных насосов для восстановления гомеостаза;
- гипергликолізу для выработки аденозинтрифосфата (АТФ);
- накоплению лактата;
- притоку кальция и секвестрации в митохондриях, приводящих к снижению окислительного метаболизма, снижению продукции АТФ;
- активации кальпаина и инициации апоптоза;
- аксональному набуханию и последующей аксотомии.

Хотя раздражительность может иметь место, наиболее частыми симптомами, наблюдаемыми после сотрясения мозга, являются головная боль, нарушение обработки информации (которую люди интерпретируют как дисфункцию памяти) и фото/аудио фобия. Большинство людей с сотрясением мозга хотят избавиться от раздражительности или уменьшить ее, и лишь немногие яростно агрессивны. Подавляющее большинство выздоравливает и возвращается к нормальной работе. Если агрессия и насилие сопряжено с сотрясением мозга, то это, скорее всего, связано с более тяжелым ущербом от кумулятивных сотрясений, а также, вероятно, с сопутствующими расстройствами, подобными отмеченным выше.

Сущность работы

Возникновение привычки

22 декабря 2007 года Программа перехода к отдыху и восстановлению Центрального командования Соединенных Штатов объявила о своем 150-тысячном участнике с момента ее создания в 2004 году. Часто приходя прямо с боевого дежурства в Ираке, воины могут иметь четыре дня передышки перед возвращением в полевые условия.

«Лучше всего в этом отдыхе – возможность ни о чем не беспокоиться, – рассказал Пол Харрис, пехотинец из Валдосты, штат Джорджия. – Я ехал в машине через Катар без снаряжения, без винтовки — это было великолепно. ...Но я поймал себя на том, что все еще смотрю вдоль обочин, сканирую крыши домов... это становится привычкой».

«Stars and stripes» (2007)

Большая часть жизни воина становится и остается привычкой. Привычка так же необходима войскам, ведущим боевые действия, как пища, вода, топливо и боеприпасы. Без привычки человек необучаем, он уязвим и, вероятно, погибнет. С первого дня в учебном лагере или с началом курса офицерской подготовки рекрута муштруют, муштруют и снова муштруют, пока не выработается привычка. Только с введения фон Штойбеном в Вэлли-Фордж муштровки Континентальная армия¹ начала действовать эффективно: солдаты маршировали, строи-

¹ Континентальная армия – ополчение американских колонистов, принимавших активное участие в Войне за независимость США. Барон Фридрих фон Штой-

лись, стреляли и перезаряжали оружие в соответствии с выработанной привычкой. Сто двадцать пять лет спустя, в начале XX века, Уильям Джеймс, один из основоположников психологии, определил в качестве формальных научных принципов обучения то, что фон Штойбену подсказал здравый смысл:

- привычка – вторая натура, вернее, десятикратная натура;
- девяносто девять сотых или, возможно, девятьсот девяносто девять тысячных нашей активности – чисто автоматическая и привычная, начиная с утреннего подъема и заканчивая ночным лежанием в кровати;
- мы – стереотипные существа, имитаторы и копировальщики нашего прошлого «я»;
- главная забота учителя должна состоять в том, чтобы внедрить ученику тот набор привычек, который будет наиболее полезен ему в течение всей жизни;
- образование предназначено для регулировки поведения, а привычки – это то, из чего состоит поведение;
- мы всего лишь наборы привычек.

Однако привычки – всего лишь инструменты и средства достижения цели. Хоккейная клюшка необходима для игры, она обеспечивает часы активного занятия спортом. Держать клюшку и манипулировать ею настолько привычно, что игрок может даже выполнять эти действия бессознательно; однако, когда он в гневе замахивается на игрока, та же самая хоккейная клюшка становится оружием. Воинские привычки во многом аналогичны. Они имеют решающее значение и жизненно важны для выживания, и, как и в хоккее, игра на выживание в бою не может быть выиграна без обширной подготовки, которая производит привычки к мгновенным и идеальным реакциям, необходимым, когда жизнь воина находится в опасности. С другой стороны, сверхна-

бен – американский генерал прусского происхождения. В 1777 году он отправился в Америку, где присоединился к Континентальной армии в Вэлли-Фордж и приступил к подготовке американских военных. В 1779 году он составил армейский устав, известный как «Голубая книга». По воспоминаниям современников, «Голубая книга» стала самой популярной в Штатах книгой после Библии. Она была простой и понятной, и содержала инструкции для всех офицеров от полковника до рядового.

стороженность во время отдыха в Катаре, а тем более у себя дома в Ривер-Сити, в Америке, менее полезна и может быть контрпродуктивной.

В теме

Михай Чиксентмихайи (1990) ввел термин «поток» как ментальное состояние, в котором человек полностью погружен в то, что он делает. Поток характеризуется чувством энергичной сосредоточенности, полной вовлеченности в достижение успеха в процессе деятельности. Другие термины для этого или подобных психических состояний включают в себя *быть наготове*, *в теме* или *на высоте*. Спортсмены обычно говорят о том, что находятся в теме или на анаэробном максимуме. Некоторые психологические аспекты, характерные для такого состояния, включают в себя:

- Искаженное чувство времени, поскольку изменяется субъективное восприятие времени.
- Концентрация и фокусировка внимания на ограниченном поле.
- Потеря чувства самосознания, слияние действия и сознания.
- Люди становятся поглощенными своей деятельностью, и фокус осознания сужается до самой деятельности, сливается с осознанием действия.

Такое состояние является наглядным примером того, что психологи уже давно называют *избыточное обучение*, что имеет глубокие последствия для выживания в такой опасной ситуации, как бой. Привычки и навыки, приобретенные для боевого выживания, рассматриваются психологами как функции двигательной или процедурной памяти, которые сильно отличаются от других типов памяти, необходимых для припоминания стихотворения, или даты свадьбы (декларативная память). Известно также, что процедурная память кодируется в мозгу совершенно иным образом, чем другие воспоминания. В то время как декларативная память использует главным образом области мозга, такие как гиппокамп, которые обрабатывают вербальные и визуальные воспоминания, процедурные воспоминания в основном обрабатываются через мозговые центры, используемые для движения мышц и координации, такие как базальные ганглии, мозжечок и моторная кора.

Воспоминания, обработанные таким образом, становятся настолько укоренившимися и постоянными, что они практически не поддаются разложению; например, никто никогда не забывает, как ездить на велосипеде, водить машину или играть на пианино, если только прогрессирующее неврологическое заболевание буквально не разрушает эти области мозга.

Теперь должно быть очевидно, что специфическая подготовка воина, абсолютно необходимая для выживания в бою, требует широкого переучивания и использует процедурное/моторное обучение. Конечным результатом такой подготовки является то, что воин входит в тему, необходимую для выживания. Однако результат такого обучения чрезвычайно трудно подавить или отвыкнуть от него, и применение этих навыков в гражданской или домашней обстановке может подвергнуть ветерана опасности. К счастью, человеческий мозг обладает способностью воспринимать старые привычки и процедурные знания и вносить в них изменения, чтобы выработать новые способы реагирования и адаптации. Велосипедисты учатся ездить на мотоциклах, кватербеки из средней школы могут в колледже переквалифицироваться на принимающих, а пианисты часто учатся играть на других инструментах.

Но разве такое избыточное обучение, это пребывание в теме, не производит людей, которые в конечном счете становятся убийцами, когда возвращаются в общество? Увеличивает ли такая подготовка вероятность насилия? Это маловероятно. Эксперты отмечают, что вернувшийся ветеран часто является более интегрированным членом общества и менее склонен использовать свои навыки ненадлежащим образом, чем тот, кто никогда не служил в армии. Ветеран, как и полицейский, учится сдержанности и дисциплине, а не импульсивности и беспечности. Исследования постоянно показывают, что со времен Первой мировой войны ветераны как социальная группа менее склонны подвергаться тюремному заключению, имеют лучшее образование и, как правило, достигают большего успеха по возвращении в гражданскую жизнь, чем их неслужившие сверстники. Это объясняется тем, что, начиная с Первой мировой войны новобранцы не только тщательно проверяются на наличие психических установок, но и их дальнейшая подготовка по соблюдению дисциплины и сдержанности в применении насилия только в конкретных обстоятельствах также является

обширной и постоянной. Как указывают Гроссман и Кристенсен (2007, с. 250), ветераны «были менее склонны использовать эти навыки [насилия], чем неветераны. Причина ясна: в сочетании с обучением убивать они приобрели стальную воинскую дисциплину — и это является гарантией [удержания их от насилия]».

Управление риском агрессии

Теперь, когда основные факторы, связанные с агрессией и насилием среди ветеранов, были выявлены и проанализированы, выясним, что можно сделать для управления этими факторами риска? Современное мышление формулирует управление рисками в терминах трех основных вмешательств:

- прогнозирование рисков и информирование о рисках;
- скрининг¹ и наблюдение за служебной деятельностью после развертывания;
- научно обоснованные терапевтические вмешательства.

Прогнозирование рисков и информирование о рисках

Прогнозирование риска уже было в некоторой степени рассмотрено. Важность этого вопроса заключается в том, что управление рисками начинается с прогнозирования и идентификации риска. Если некоторые ветераны чувствуют себя подверженными риску насилия, то, во-первых, какие факторы способствуют этому и какие проблемы насилия могут быть предсказаны? Во-вторых, как можно было бы управлять этим риском терапевтически? Исследование природы и причин риска насилия среди ветеранов дают надежду, что кто-то сможет определить факторы риска, а также сможет сделать хотя бы каплю точного прогноза риска. В общей популяции были установлены некоторые факторы риска. Хотя эти факторы не являются специфичными для военнослужащих, они могут быть полезны при оценке риска и информировании о риске.

¹ Скрининг – психодиагностическая процедура предварительного, ориентировочного отбора испытуемых по критерию принадлежности к той или иной диагностируемой группе.

Эти факторы включают:

- совершение правонарушений до совершеннолетия и семейное неблагополучие;
- причинение зла и вреда окружающим в прошлом;
- эксплуатация окружающих и хронически нестабильный образ жизни;
- девиантное сексуальное поведение и дезадаптационные личностные факторы;
- наркоманию;
- тяжелые повреждения лобных долей мозга;
- супружеское насилие;
- криминальное прошлое и плохая предыдущая психосоциальная адаптация;
- применение насилия в недавнем и отдаленном прошлом;
- провоцирующие (горячие) факторы.

Однако некоторые утверждают, что предсказание насильственного поведения в любых обстоятельствах ненадежно. Действительно, специалистов в области психического здоровья бросает от одной крайности – быть по существу всеведущими и способными предсказывать далеко идущие поведенческие события с большой точностью – до полной некомпетентности предсказывать что-либо и не лучше, чем обычный человек в плане предсказания насилия. Истина, как обычно, лежит где-то посередине, и точность предсказания усиливается недавним прогрессом как в инструментальных методах исследования, так и в том, как мы думаем о проблеме.

Были разработаны передовые методы прогнозирования, позволяющие относительно точно предсказывать противоправное поведение, по крайней мере, в разумные сроки. Эти меры специфичны для различных типов: уголовных преступников, страдающих антисоциальными расстройствами, психически больных и т. д. Прогнозная точность этих процедур зависит от сбора высококачественной объективной информации, как о прошлом, так и о текущем положении дел. Кроме того, исследования по оценке риска показывают, что насилие вполне предсказуемо в некоторых группах, например, в тех, которые были отмечены ранее. Интересно, что военное ведомство пытается выявить все наиболее значимые прогностические переменные, за исключением пола.

Текущие программы исследований по оценке риска направлены на повышение точности, с которой психологи могут оценить риск вредного поведения в определенных условиях.

В дополнение к прогнозированию риска необходимо сообщать об опасных факторах. Оценка риска сама по себе бесполезна, если об этой оценке не сообщается и не принимаются последующие меры. Идеальная система для передачи оценок риска должна обеспечивать четкую, точную и полную информацию об этих оценках в такой форме, которая была бы полностью доступна сторонам, принимающим решения на основе этих оценок. Система будет также передавать эту информацию таким образом, чтобы она отражала и облегчала надлежащее распределение и выполнение обязанностей между участниками в свете их компетенции и полномочий. Например, врач-клиницист может обнаружить признаки страха и возбуждения, связанные с манией преследования, у ветерана, у которого ранее отмечалось агрессивное поведение в ответ на аналогичные состояния эмоционального стресса. Ветеран также был сильно пьян, и его супруга угрожала уйти. Затем такие замечания должны быть доведены до сведения членов семьи, медицинских работников и соответствующих органов власти, которые могли бы принять решение о вынесении запретительного судебного приказа, предоставлении убежища и плана обеспечения безопасности для жены и детей, а также о лечении ветерана.

Таким образом, клиницисты могут быть в состоянии дать разумные оценки риска в силу своей способности описывать и объяснять: (1) психологические процессы, (2) нарушение этих процессов, (3) связь между текущим ухудшением здоровья и ухудшением во время прошлого опасного поведения и (4) связь между прошлым опасным поведением и ухудшением здоровья в то время. В модели клинической оценки риска специалисты предоставляют информацию, имеющую отношение к оценке риска, который индивид представляет в текущих обстоятельствах, описывая и объясняя историю рискованного или вредного поведения человека, или состояния его психического здоровья в аналогичных обстоятельствах, либо того и другого гражданским властям, уполномоченным предпринять соответствующее вмешательство.

Наконец, информирование властей должно идеально структурировать предписывающий нарратив, который (1) включает классификацию

уровня риска, (2) обеспечивает оценку временной структуры и (3) сообщает предписывающий нарратив. Проще говоря, сообщение должно информировать тех, кто отвечает за выполнение плана действий, о том, насколько велик риск, когда он может произойти и что с ним делать. Рекомендация судье о вынесении запретительного судебного приказа, предоставлении убежища и плана обеспечения безопасности для жены и детей, а также о лечении ветерана, как это предусмотрено в приведенном выше сценарии, будет служить примером предписывающего нарратива.

Услуги по проверке и перераспределению персонала после развертывания

В фильме «Мы были солдатами» (Paramount Pictures, 2002) есть несколько трогательных сцен, в которых как семьи, так и сами солдаты испытывают боль и разочарование от того, что они не были готовы ко многим эмоциональным проблемам, сопровождающим бой и возвращение воина из боевой среды. Несомненно, самая трогательная из этих сцен – когда миссис Хэл Мур, жена командира, получает уведомление о смерти, доставленное ей на такси, потому что военные были совершенно не готовы справиться с этой трагедией. Жена командира и другие офицерские жены тогда должны были сами организовать свою собственную систему поддержки и саму процедуру оповещения.

Отчасти в результате такого опыта, полученного в начале вьетнамского конфликта, в последующие годы значительно усилилась подготовка к преодолению эмоциональных семейных стрессов. Перед тем, как покинуть поле боя, каждый воин теперь проходит процедуру оценки состояния здоровья после развертывания (Post-Deployment Health Assessment, PDHA), а затем его переоценку (PDHRA). Концептуально это часть полного «цикла развертывания», который подготавливает как военнотружущего, так и его семью к тому, чтобы предвидеть трудности, могущие возникнуть после развертывания, поддерживает их на этапе подготовки к развертыванию, обеспечивает поддержку семьи через группы готовности семьи и деятельность тыловых подразделений на протяжении всего периода развертывания, а затем обеспечивает оценку состояния здоровья военнотружущего после развертывания,

включая психиатрическую помощь по возвращении, такую как перевод в систему здравоохранения по делам ветеранов, если военнослужащий переходит к гражданской жизни.

PDHA состоит из тщательного медицинского обследования с участием сертифицированного врача, проводимого для всех сотрудников в течение 90–180 дней после их возвращения на родную базу. Диагностика должна быть завершена до истечения 180 дней, чтобы предоставить резервным компонентам возможность дальнейшего лечения с использованием их медицинского пособия TRICARE¹. Члены резервного компонента также имеют возможность обратиться за лечением в военный лечебный центр, воспользоваться своим пособием по программе TRICARE или обратиться за медицинской помощью в администрацию ветеранов. В дополнение к обязательным проверкам на ПТСР всего передислоцирующегося личного состава, все находящиеся на службе по требованию министерства обороны теперь проходят тщательный скрининг на возможные легкие ЧМТ. Все находящиеся на службе, выделенные в административном порядке, также обязаны проходить скрининг на наличие как ПТСР, так и легкой ЧМТ. И, наконец, все военнослужащие и их иждивенцы имеют право пройти до шести консультационных сессий по любому вопросу с минимальной волокитой в Military oneSource², благо обычно управляемой подрядчиком TRICARE.

Программа боевой подготовки BATTLEMIND, разработанная армейским исследовательским институтом Уолтера Рида, была создана специально для «приобретения новой привычки или отказа от старой» (James, 2003), как упоминалось выше (например, при возвращении ветеранов OIF и OEF к гражданской жизни после передислокации). Программа BATTLEMIND была разработана таким образом, чтобы осуществляться непосредственно при передислокации в рамках программы поддержки цикла развертывания с последующим учебным модулем через 3–6 месяцев после развертывания. Воина учат, что боевой

¹ Американская программа медицинского страхования военнослужащих, военных пенсионеров и членов их семей.

² Программа министерства обороны США, предоставляющая ресурсы и поддержку военнослужащим срочной службы, Национальной гвардии и запаса, а также их семьям в любой точке мира. Программа доступна 24 часа в сутки, 7 дней в неделю без каких-либо затрат для пользователей.

дух (battlemind) – это его внутренняя сила, позволяющая мужественно противостоять страху и невзгодам, и что он хорошо усвоил и продемонстрировал эту силу во время своего боевого тура. Психологические переживания, включая боевой стресс и проблемы-в-теме, нормализуются как нормальная реакция на ненормальную обстановку, и воина учат переключаться на новые, более адаптивные привычки. Эта переориентация начинается, когда воин завершает свой боевой тур и начинает процесс медицинского осмотра, чтобы вернуться в гарнизон постоянной дислокации. Акцент делается на повторном освоении по возвращении в Соединенные Штаты адаптивных гражданских привычек как непрерывном процессе, в то же время сохраняя дисциплину, привычки безопасности и умственную сосредоточенность, которые были определяющими качествами истинного воина. В дополнение к программе BATTLEMIND в течение всего цикла корректировки после развертывания предлагается ряд занятий и брифингов. Они включают в себя раздаточные материалы «Краткое руководство ACS one Source¹», «Руководство для педагогов», «Руководство по воссоединению семьи», «Руководство для руководителя группы поддержки семьи», «Карта возвращения домой», «Я могу это сделать», «Личное и семейное руководство» и многие другие. Занятия и брифинги включают в себя, опять же среди многих прочих, «Домой на праздники», «Возвращение домой и уход (из дома)», «Нормализация опыта», «Воссоединение с солдатами», «Признаки и симптомы бедствия» и «Брифинг по реинтеграции семьи».

Научно-обоснованные психотерапевтические вмешательства

Тема психотерапевтического вмешательства, конечно, обширна, и большая часть такого материала выходит за рамки этой главы, но освещается в других главах этого тома. Хотя агрессия и насилие являются многодетерминированными формами поведения, логично начать обзор стратегий вмешательства с тех, которые направлены на воина, проявляющего ПТСР. Это связано с тем, что исследования ветеранов боевых действий показали, что люди с ПТСР более склонны к гневу, враждебности, агрессии, общему насилию и насилию во взаимоотно-

¹ ACS – American Chemical Society.

шениях, чем люди, не страдающие данным расстройством, и что ПТСР будет усугублять последствия других расстройств, таких как сотрясение мозга. Кроме того, раздражительность и вспышки гнева представляют собой один из диагностических критериев ПТСР. Когда ПТСР сочетается с другими факторами, которые, как известно, способствуют агрессии, такими как злоупотребление психоактивными веществами, вмешательство в психическое здоровье практически обязательно, чтобы агрессия была смягчена или предотвращена в целом. Рекомендации по наилучшей практике Национального центра ПТСР департамента по делам ветеранов, специально предназначенные для лечения гнева, связанного с ПТСР, в настоящее время включают:

- управление гневом,
- психологическое образование по поводу ПТСР,
- методы самоконтроля,
- обучение ассертивности (самоутверждению),
- управление стрессом и
- обучение коммуникативным навыкам.

Наилучшие методы лечения ПТСР в целом включают экспозиционную терапию, когнитивную терапию, десенсибилизацию и переработку движениями глаз (Eye Movement Desensitization and Reprocessing¹), а также семейное консультирование. Конечно, ветераны с сопутствующей

¹ Метод ручного запуска переработки негатива, аналогично БДГ во время быстрого сна. При десенсибилизации происходит постепенное снижение эмоциональной восприимчивости к тем или иным объектам, мыслям, людям или ситуациям. Данный термин отражает поведенческий характер работы метода EMDR (то есть действует принцип «раз мозг научился так остро реагировать на что-то, то его можно переучить»). *Переработка* означает в буквальном смысле адекватную переработку воспоминания или эмоционального отреагирования на событие, объект, мысль, человека или ситуацию. В результате переработки негативное, травмирующее воспоминание или реакция становятся адекватными и перестают остро переживаться. Сам процесс десенсибилизации и переработки производится при помощи механизма билатеральной стимуляции. *Билатеральная стимуляция* — это попеременная активация левого и правого полушарий мозга посредством движения глаз, либо воздействия на левый и правый ушные каналы, либо посредством постукивания по рукам (или плечам). *Адаптивная система переработки информации* — встроенный в мозг человека механизм переработки «негативной» информации. Билатеральная стимуляция позволяет перезапустить этот механизм, чтобы целенаправленно десенсибилизировать и переработать психотравмирующий опыт.

щими расстройствами, такими как злоупотребление психоактивными веществами, с проявлением жестокости, расстройства личности и страдающие другими психическими заболеваниями или поведенческими проблемами, должны лечиться с помощью специального вмешательства. Те, кто подозревается в получении сотрясения мозга, должны пройти надлежащее нейropsychологическое обследование и лечение.

Итог

Наши солдаты, моряки, летчики и морские пехотинцы действительно являются новыми рыцарями во всех смыслах этого слова. Как мы уже отмечали, каждый день их просят противостоять опасности, чтобы защитить тех, кого они поклялись защищать. При этом они представляют собой самое сердце нашей страны и воплощают традиции нашей нации. Воистину, без них мы не смогли бы прожить и одного поколения. Они постоянно проходят напряженную подготовку в искусстве владения оружием и ведения войны. Затем они самоотверженно подвергают себя опасности и стрессам, невообразимым для тех, кто никогда не служил и никогда не будет служить в вооруженных силах. Подавляющее большинство хорошо справляется с возвращением к гражданской жизни, и их общая адаптация и гражданские достижения равны или превосходят достижения их гражданских коллег; однако боевые действия и стресс наносят ущерб всем, и некоторые воины после каждого конфликта, как ожидается, будут демонстрировать проблемы адаптации и подвергаться некоторому риску применения насилия. Такая агрессия, как правило, направлена на семьи или значимых для ветерана людей из ближайшего окружения, реже – альтернативными способами, и становится более вероятной из-за наличия сопутствующих расстройств, таких как злоупотребление психоактивными веществами или ранее существовавшие личностные проблемы. Многие из этих факторов риска известны, и оценка риска, доступ к имеющимся ресурсам после развертывания и терапевтические стратегии восстановления психического здоровья – все это помогает управлять таким риском и лечить тех воинов, кто наиболее уязвим.

Источники, на которые ссылаются авторы

Burkett, B. G., & Whitley, G. (1998). Stolen valor: How the Vietnam generation was robbed of its heroes and its history. Dallas, TX: Verity Press.

Csikszentmihalyi, M. (1990). Flow: The psychology of optimal experience. New York: Harper & Row.

Grossman, D. (1995). On killing: The psychological cost of learning to kill in war and society. Boston, MA: Back Bay.

Grossman, D., & Christensen, L. W. (2007). On combat: The psychology and physiology of deadly conflict in war and in peace (2nd ed.). Bellville, IL: PPCt (Research) Publications.

Hopewell, C. A., & Christopher, R. (2007). Military personnel and combat trauma: Operation Iraqi Freedom; Operation Enduring Freedom. Sparks, NV: Professional, Clinical, and Forensic Assessments.

James, W. (2003/1890). Habit. Whitefish, MT: Kessinger Publishing.

Schultz, D. P., & Schultz, S. E. (1987). A history of modern psychology. Orlando, FL: Harcourt Brace.

Г л а в а 3

ФАКТОРЫ УЯЗВИМОСТИ: ПОВЫШЕНИЕ И ПОНИЖЕНИЕ ПОРОГА РЕАГИРОВАНИЯ

Введение

В китайской философии категории Инь/Ян описывают взаимные отношения широкого круга явлений в природе. Эти явления объединяются, чтобы образовать единство, даже когда это единство возникает в конструкциях, кажущимися противоположными друг другу. Категории Инь и Ян (или земля и небо) описывают два противоположных и в то же время взаимодополняющих (завершающих) аспекта любого явления (объекта или процесса) и могут быть использованы для сравнения любых двух явлений. Существует четыре закона Инь/Ян:

1. Инь и Ян противостоят друг другу. Инь/Ян описывают полярные эффекты или воздействия явлений. Рассматривая какое-либо одно явление (или сравнивая два явления), Инь/Ян описывают противоположные качества, присущие ему; например, зима и лето будут соответственно Инь/Ян годового цикла.

2. Инь и Ян имеют общие истоки. Инь/Ян – не состязательные, а взаимодополняющие свойства в гештальте. Иными словами, Инь-аспект и Ян-аспект любого явления, будучи взяты вместе, образуют целостное явление, причем их комбинация будет больше, чем каждая составная часть по отдельности. Инь/Ян – это философия двойственности. Именно по этой причине китайский термин не имеет между своими частями союза «и» — категория всегда выражает две части, составляющие единое целое. В приведенном выше примере зима плюс лето составляют весь год.

3. Инь/Ян взаимно преобразуют друг друга – вслед за максимальным проявлением одного качества последует переход к противополож-

ному качеству. Другими словами, как только проявится максимальный аспект Ян, такой как длинные летние дни, за этим последует переход к аспекту Инь, с укорочением дней по мере приближения зимы.

4. Инь/Ян взаимно усиливаются и ослабевают – аспекты Инь/Ян находятся в динамическом равновесии. По мере того как один аспект уменьшается, другой увеличивается в равной степени. Например, в годовом цикле длинные летние дни постепенно сокращаются, а ночи соответственно удлиняются по мере приближения зимы. Однако на протяжении года продолжительность каждого дня составляет постоянно 24 часа (равновесие), и меняется только относительная продолжительность света и тьмы (динамика).

Аналоги Инь/Ян – уязвимость и резилентность¹. Они дополняют друг друга, увеличение одного сигнализирует об уменьшении другого; например, когда индивид становится более уязвимым, способность этого человека быть резилентным снижается. Мاستен и Пауэлл (2003) определяют резилентность как «способность к позитивной адаптации в условиях значительных рисков и неблагоприятной обстановки» (с. 4). Мاستен и Коутсворт (1998) предположили, что «резилентность – это суждение о жизни человека, справедливое при соблюдении двух фундаментальных условий: (1) что человек «все делает хорошо» и (2) что он сталкивался или сталкивается со значительными рисками или невзгодами, которые необходимо преодолевать». В своем обсуждении риска Гармези (1996, с. 9) заявил, что факторы риска «могут проявляться в болезни или расстройстве (что определяется уязвимостью), но другие, во многих случаях, могут быть преодолены и привести к позитивному адаптивному поведению (которое определяется резилентностью)».

Хотя термины «невзгоды» и «риск», в общем, понятны, то, что делает переживание рискованным для одного человека, не делает это же самое переживание или ситуацию неблагоприятными или рискованными для другого. Способность одного человека успешно и адаптивно ориентироваться в ситуации может рассматриваться как результат

¹ Психологическая резилентность (от англ. *resilience* – устойчивость, упругость, эластичность) – врожденное динамическое свойство личности, лежащее в основе способности преодолевать стрессы и трудные периоды конструктивным путем. В русскоязычной литературе может с определенными допущениями считаться синонимом психологической устойчивости.

конструирования его личного опыта. Этот опыт фильтруется через прошлый опыт индивида, предшествующую подготовку и уровень восприятия типа и степени опасности для себя или своего окружения. Например, человек, который воспринимает пребывание на улице как потенциально опасное, может быть вынужден справляться с этим, не покидая дома, что в крайнем выражении может привести к агорафобии. Пребывание на открытом воздухе на самом деле может казаться опасным для человека, который выискивает мириады факторов, могущих причинить ему вред. Однако если человек воспринимает пребывание на открытом воздухе как освобождающее, радостное и чудесное, тогда такое времяпровождение становится для него очень позитивным переживанием. Пребывание в условиях длительного воздействия значительной опасности может вызвать у некоторых людей острую стрессовую реакцию; если она будет продолжаться в течение долгого времени, есть риск, что она превратится в посттравматическую стрессовую реакцию. Можно предположить, что развитие посттравматической стрессовой реакции есть результат уязвимости человека. Это также будет свидетельствовать об ограниченности или недостаточности резилентности человека, его способности справляться с трудностями или адаптивности.

Факторы, подвергающие человека после травматического события или событий риску развития посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), одновременно многочисленны и сложны. Эти факторы можно было бы назвать «психологическими факторами уязвимости при ПТСР» или «ПТСР-уязвимостью». Общие факторы уязвимости, которые, как предполагается, действуют при ПТСР, включают:

- ограниченную социальную поддержку или несформированные навыки совладания,
- психологические проблемы в семье,
- наличие травматических событий и психологических проблем в прошлом.

Однако люди, обладающие уязвимостью к ПТСР, могут никогда не столкнуться с событием, воспринимаемым ими как травматическое и, следовательно, у них никогда не разовьется ПТСР.

Необходимо учитывать несколько физиологических факторов. Например, было доказано, что хронический стресс вызывает атрофию

дендритов, гибель клеток и угнетение нейрогенеза в гиппокампе и префронтальной коре головного мозга. Важность этих выводов применительно к ПТСР привели некоторых исследователей к предположению о том, что травматические события или возникающий в результате них хронический стресс вызывают физиологическое повреждение нижележащих отделов мозга. Продолжающиеся боевые действия в Ираке и Афганистане, привлекли внимание исследователей и широкой общественности к надвигающемуся кризису серьезных проблем психического здоровья среди военнослужащих, возвращающихся из развертываний, особенно если они участвовали в них многократно. Последние данные показывают, что у 17% или более возвращающихся после развертывания военнослужащих развиваются ПТСР, депрессия, генерализованная тревожность и другие проблемы с психическим здоровьем, что более чем в два раза превышает аналогичный показатель для военнослужащих, не участвующих в развертывании. Причем не учитываются проблемы в семьях, с партнерами и детьми.

Краткая история ПТСР, вызванных боевыми ситуациями

Первые известные документы о ПТСР относятся к началу 1800-х годов, когда военные врачи идентифицировали солдат с «истощением» после стресса, вызванного боем. Они описывали это «истощение» как психологическую отключку после индивидуальной или групповой травмы. Поскольку считалось, что солдаты не должны проявлять никакого страха в пылу сражения, единственным средством лечения этого «истощения» считалось перемещение пострадавших солдат на некоторое время в тыл, пока они не будут признаны выздоровевшими, чтобы затем отправиться обратно в бой. В результате экстремального и часто повторяющегося стресса эти солдаты утомлялись вследствие естественной адаптации их организма к повторяющимся шокам и стрессам, таким образом возник термин «боевое утомление». Подобный синдром был задокументирован в 1876 году, когда Мендес Дакоста опубликовал статью, в которой диагностировал у ветеранов Гражданской войны то, что он назвал «солдатским сердцем». Симптомы включали тревожные реакции, сверхнастороженность и сердечные аритмии. Другой дескриптор, «контузия», появился во время Первой мировой войны, а

в годы Второй мировой войны за ним последовал термин «боевая усталость». Официальное обозначение «посттравматическое стрессовое расстройство» появилось только в 1980 году, когда было опубликовано третье издание диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, DSM¹). Первое определение ПТСР включало описание психологического состояния, испытываемого человеком, который столкнулся с травматическим событием, вызвавшим катастрофический стресс, выходящий за рамки обычного человеческого опыта (например, война, пытки, изнасилования или стихийные бедствия). Это определение отделяло ПТСР-стрессоры от «обычных» стрессоров, которые в DSM-III характеризовались как «расстройства адаптации», такие как развод, несостоятельность, отверженность и финансовые проблемы.

Порог стрессовой реакции

Люди имеют индивидуальные пороговые значения стресса, не заходя за которые они могут контролировать свои реакции на внешние или внутренние стрессоры. Чем выше порог, тем меньше вероятность того, что индивидотреагирует на тот или иной стимул. Можно представить порог как пусковой момент. Пистолет сам по себе является безобидным механизмом, за исключением случаев, когда на спусковой крючок оказывается достаточное давление, чтобы произвести выстрел, тогда он становится потенциально смертоносным. Из метафоры следует, что, когда действие стресса на организм оказывается достаточным для вызова ответной реакции, организм реагирует.

Продолжая рассматривать пример с пистолетом, представим шкалу от 1 до 100. Пусковой момент конкретного индивида может находиться на этой шкале где угодно; например, для медицинского работника в отделении неотложной помощи он должен располагаться довольно высоко, иначе этот работник сгорит на работе всего через несколько дней или недель. Этот механизм у человека с низким поро-

¹ Принятая в США номенклатура психических расстройств. Разрабатывается и публикуется Американской психиатрической ассоциацией (АПА) (American Psychiatric Association, APA). Последняя версия классификатора DSM-5 выпущена в 2013 году.

говым значением будет срабатывать часто. В идеале, пусковой момент у отдельных людей в бою был бы относительно высоким, чему способствовала бы полученная ими подготовка. Обычным элементом базовой военной подготовки является имитация газовой атаки для выработки у солдат навыка быстро и правильно надевать противогазы. Без такой подготовки последствия настоящей газовой атаки могут вызвать панику. Даже если учебное упражнение вызывает дискомфорт, солдаты учатся адаптивным реакциям на угрозу.

Предположим, что пусковой момент индивида равен 75 (по шкале от 1 до 100). Если уровень обычного военного стресса составляет 60, человек хорошо контролирует себя, поскольку у него есть «подушка безопасности» в 15 единиц. Если стечение факторов приводит либо к повышению силы стрессора (повышению опасности), либо понижению порогового значения пускового момента, то этот индивид будет испытывать стрессовую реакцию. Если показатель стресса увеличивается до 70, человек все еще контролирует себя, но с меньшим запасом прочности. Если пороговое значение стрессовой реакции индивидуума падает до 50, даже на краткий миг, запас прочности исчезает, и индивид испытывает стрессовую реакцию. Фактор уязвимости может лишь незначительно понизить пороговое значение и тем самым не привести к срабатыванию пускового момента, но если существует несколько факторов уязвимости, то может иметь место кумулятивный эффект. Ряд или комбинация факторов уязвимости могут сделать человека более реактивным и открытым стрессу, что может привести к тому, что этот человек будет слабо управлять собой. Если в игру вступает еще один фактор уязвимости, который еще больше понизит порог этого человека, он может ответить и отреагировать.

Когда действуют несколько факторов уязвимости, полученная комбинация снижает способность индивида справляться со стрессом, и любое понижение порога стрессовой реакции в дальнейшем может стать пресловутой соломинкой, которая ломает спину верблюду. Специфические факторы уязвимости представляют собой внешние обстоятельства, ситуации или недостатки, приводящие к понижению способности индивида эффективно справляться с любым из множества жизненных стрессоров, к отсутствию доступных вариантов или к потере возможностей более эффективного преодоления стресса. Дей-

ствие фактора уязвимости равносильно снижению порога стрессовой реакции пациента, таким образом, что события, которые раньше игнорировались или никогда не замечались, теперь громко взывают к вниманию. Факторы уязвимости также делают человека более чувствительным к внутренним и внешним стимулам, которые могут повлиять на его адаптивные действия. К факторам уязвимости относятся:

1. Острое недомогание или травма
2. Хроническое заболевание
3. Ухудшение здоровья
4. Голод
5. Гнев
6. Усталость
7. Одиночество
8. Крупная потеря в жизни
9. Неспособность решать проблемы
10. Злоупотребление психоактивными веществами
11. Хроническая боль
12. Импульсивность
13. Новое жизненное обстоятельство

Значение порога может изменяться в зависимости от обстоятельств. Один и тот же стимул может в какой-то момент вызвать ответную реакцию, а в другой момент оказаться ниже порогового значения. На самом деле, различные виды деятельности могут иметь очень разные пороговые значения, поэтому очень важно осознавать свои факторы уязвимости.

Резилентность

К обсуждению темы имеют отношения два термина. Первый – *резилентность*, а второй – *восстановление*. Резилентность – это способность не реагировать на внутренние или внешние раздражители. Способность к восстановлению подразумевает возвращение к своей предыдущей базовой адаптивной производительности после переживания состояния уязвимости. В качестве примера можно рассматривать позвоночник, как орган, обеспечивающий поддержку и устойчивость телу. Позвоночный столб состоит из твердой кости, позвонков, меж-

ду которыми располагаются мягкие гибкие диски, обеспечивающие амортизирующий эффект. Мягкие диски позволяют гасить нагрузки и наклоняться вперед, назад и в стороны, а также предотвращают трение костей друг о друга. Когда диски повреждены или отсутствуют, человек испытывает боль и потерю гибкости или устойчивости.

Стрессоры военного времени

Согласно «Клиническому руководству по войне в Ираке» (Iraq War Clinician's Guide) (National Center for Posttraumatic Stress Disorder, 2004), военнослужащий должен быть подготовлен, признан психологически годным и готовым к службе в среде, в которой

«разрушительная сила войны создает атмосферу хаоса и вынуждает военнослужащих сталкиваться с ужасом неожиданных ранений, потерь и смерти. Боевая обстановка (суровые условия жизни, тяжелые физические нагрузки, лишение сна, периоды интенсивного применения насилия, за которыми следуют непредсказуемой длительности периоды относительной бездеятельности, разлука с близкими и т. д.) сама по себе является психологическим стрессором, который может вызвать широкий спектр эмоциональных и/или психических расстройств. Психическая травма может возникнуть как следствие физического повреждения, изменения окружающей среды, страха, ярости или беспомощности, вызванных боем, или комбинации этих факторов» (п. 11).

Диапазон эмоциональных реакций в контексте многофакторной реакции на травматический стресс:

- Непосредственная фаза характеризуется сильными эмоциями, недоверием, бесчувствием, страхом и замешательством, сопровождающимися симптомами вегетативного возбуждения и тревоги
- Отложенная фаза характеризуется постоянством вегетативного возбуждения, навязчивыми воспоминаниями, соматическими симптомами и сочетаниями гнева, горя, апатии и социальной отстраненности.
- Хроническая фаза характеризуется продолжающимися навязчивыми симптомами и возбуждением для одних, разочарованием или обидой, или печалью для других, а для большинства – переориентацией на новые вызовы и перестройку жизни.

Ранее существовавшие проблемы психического здоровья как факторы уязвимости

Группа по анализу и исследованию медицинских стандартов для поступления [на военную службу] (Accession medical Standards Analysis & research Activity, AMSARA) была создана в 1996 году с целью поддержки разработки научно обоснованных стандартов путем руководства совершенствованием медицинских и административных баз данных, проведения эпидемиологического анализа и интеграции соответствующих оперативных, клинических и экономических соображений в политические рекомендации. Согласно отчету AMSARA за 2002 год, в 1998 и 1999 годах более 6% военнослужащих, состоящих на действительной службе, обращались за помощью в лечении психических расстройств. Кроме того, психические расстройства были названы в качестве основной причины госпитализации личного состава в течение 1 года после вступления в вооруженные силы с 1995 по 1998 год. Было подсчитано, что примерно 4% всех новобранцев были госпитализированы в течение первых 6 месяцев службы, и из них 26% случаев госпитализации были связаны с психическими расстройствами. В повторном исследовании, включавшем 303 433 пациента с 1999 по 2000 год, из 6527 (2,2%) госпитализированных примерно 40,1% были госпитализированы по поводу психических расстройств.

В ежегодном отчете AMSARA за 2000 год описываются 5-летние ретроспективные когортные исследования взаимосвязи между увольнением по состоянию психического здоровья и по физической слабости в течение первых 2 лет службы. В одном исследовании было проведено сравнение 502 рекрутов, впервые заключивших контракт, получивших льготу (разрешение на поступление на военную службу, несмотря на наличие в анамнезе состояния, обычно препятствующего зачислению) по депрессии, с соответствующей группой из 1501 рекрута, которые удовлетворяли всем физическим, медицинским и психологическим критериям. Результаты этого исследования показали, что солдаты с льготой по депрессии через 2 года имели значительно более низкую вероятность остаться на военной службе по сравнению с группой без депрессии: 0,62 против 0,72. Следует отметить, что именно индивидуальная вербовка должна выявить наличие или отсутствие в

анамнезе проблем с психическим здоровьем. Во время изучения вступительных документов на военном пункте обработки рекруты заполняют анкету по перенесенным ими болезням; однако, хотя они проходят тщательное медицинское освидетельствование, но не подлежат официальному психиатрическому освидетельствованию.

Необходимо также учитывать опыт предшествующих стрессовых событий в жизни военнослужащих, которые еще не участвовали в развертывании. Учитывая, что предыдущее воздействие стрессовых жизненных событий и даже наличие в анамнезе ПТСР может увеличить риск возникновения психологических проблем после развертывания, важно оценить вероятность того, что военнослужащие уже подвергались этому воздействию до развертывания. Распространенность ПТСР среди военных в целом составляет примерно 1–4%; поэтому следует ожидать, что аналогичный процент будет наблюдаться и среди поступающих на военную службу. Исследователи выяснили, что предшествующее физическое насилие способствует повышению уязвимости и снижению резилентности военных специалистов, задействованных в недавних боевых операциях, к симптомам ПТСР почти в два раза. Эта информация имеет решающее значение, учитывая психологические симптомы, присущие расстройству, и большую вероятность ухудшения этих симптомов, когда такие солдаты оказываются на театре военных действий.

Скрининг перед развертыванием

В 2002 году британским военнослужащим было предложено заполнить опросники психологического скрининга в рамках исследования под названием «Целенаправленная операция» для оценки преморбидного¹ психического состояния перед развертыванием в Ираке и Афганистане. Более 2800 военнослужащих прошли обследование сразу после завершения развертывания и вторично в период с июня 2004 года по март 2006 года. В батарею тестов первичного полного психологического обследования (в 2002 году) входил гражданский вариант контрольного оценочного листа по определению посттравма-

¹ Преморбидное состояние (от лат. morbus – болезнь) – предшествующее и способствующее развитию болезни состояние (на грани здоровья и болезни).

тического стрессового расстройства (Psychopathy Check List, PCI-C), опросник общего состояния здоровья (General Health Questionnaire, GHQ-12), оценивание 15 физических симптомов, самооценку состояния здоровья из опросника качества жизни SF-36 (Social Functioning), и три вопроса из теста Всемирной организации здравоохранения на определение риска злоупотребления алкоголем (Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT).

Исследователи пришли к выводу, что для выявления уязвимости к психическим расстройствам не существует достаточно оснований для проведения обследования психического здоровья до развертывания. Другими словами, по каждой проведенной психологической оценке либо положительная, либо отрицательная прогностическая ценность были слишком малы, чтобы быть полезными в качестве индикатора результатов психического здоровья после развертывания. Коэффициент вероятности посттравматического стрессового расстройства был выше, чем любого другого психологического расстройства; однако это расстройство встречалось нечасто ($<3,2\%$). Даже при относительно высоком коэффициенте вероятности положительная прогностическая ценность была низкой. Исследователи пришли к выводу, что: (1) психологический скрининг перед развертыванием обладает низкой предсказуемостью относительно большинства распространенных состояний психического здоровья, (2) предсказуемость посттравматического стрессового расстройства выше, чем любой другой проблемы психического здоровья, и (3) поскольку распространенность посттравматического стрессового расстройства низка до развертывания, скрининг этого состояния неуместен, несмотря на сравнительно высокую предсказуемость, из-за высоких затрат на его организацию и проведение. Аналогичное нейропсихологическое исследование, проведенное в Соединенных Штатах, показало, что негативные нейропсихологические показатели произвольного внимания, памяти и способности к обучению, отмеченные после развертывания в Ираке, не могут быть отнесены на счет уже существовавшей дисфункции. Результаты исследования также показали, что маловероятно, чтобы сторонние вмешательства существенно влияли на полученные показатели вследствие относительно короткого интервала времени между завершением развертывания и проведением обследования военнослужащих.

С эволюционной точки зрения результаты этого исследования, по-видимому, противоречат ожидаемым, в частности по памяти и вниманию; однако эти результаты согласуются с нейробиологическими реакциями, направленными на выживание. Другими словами, когда человек сталкивается с опасной для жизни ситуацией, основные физиологические реакции при подготовке к спасительному действию берут верх. Реакция по типу «беги, сражайся или замри» активируется через автономные нейромедиаторные системы, связанные с повышенным возбуждением. В частности, активизируется норадренергическая система, а нейроэндокринные реакции через гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую ось вызывают повышенную поведенческую реактивность. Во время этой повышенной реактивности тело находится в режиме выживания, а не в режиме обучения, поэтому функции внимания, обучения и памяти ослабляются, поскольку они не имеют отношения к текущему событию. Подавляющее большинство военнослужащих на театре военных действий подвергаются воздействию опасных для жизни травматических событий, а также длительному воздействию неминуемо угрожающей жизни гипервизионной, высоко-возбудимой среды. Поэтому вполне логично предположить, что у этих людей будут проявляться признаки или симптомы, соответствующие длительным состояниям гипервизионного режима выживания.

Факторы уязвимости на театре военных действий

В соответствии с концепцией социальной поддержки как фактора, препятствующего развитию ПТСР, некоторые исследователи оценивают сплоченность подразделений, особенно степень доверия между военнослужащими, как потенциальный вклад в предотвращение развития ПТСР. Уровень связи, доверия и поддержки между военнослужащими (т. е. сплоченность подразделения) влиял на вероятность развития ПТСР. Военнослужащие, сообщившие о более сильной сплоченности подразделений, имели менее тяжелые симптомы ПТСР, эти результаты свидетельствуют, что сплоченность подразделений может снизить психологическую уязвимость лиц с высоким риском развития ПТСР.

Факторы уязвимости к развитию ПТСР, действующие после развертывания

Хоге и др. исследовали психологические последствия несения службы в Ираке и Афганистане для боевых пехотных подразделений США (три армейских подразделения и одно подразделение морской пехоты) (2004). Вероятность участия в боевых действиях в Ираке была значительно выше, чем в Афганистане. После службы в Ираке симптомы у 15,6–17% военнослужащих соответствовали критериям серьезной депрессии, генерализованной тревожности или посттравматического стрессового расстройства по сравнению с 9,3% тех, у кого эти симптомы наблюдались до направления в Ирак. После службы в Афганистане 11,2% опрошенных соответствовали критериям указанных расстройств. Наибольшая разница в показателях до и после развертывания наблюдалась по диагнозу посттравматическое стрессовое расстройство. Важно отметить, что только от 23 до 40% пострадавших обращались за психологической помощью. Озабоченность по поводу стигматизации, а также другие препятствия (например, трудности с назначением встречи со специалистом, трудности с предоставлением свободного времени, проблемы с транспортом) были названы военнослужащими в качестве личных причин отказа от обращения за психологической помощью.

Кроме того, существующий в сознании военнослужащих барьер, связанный со стигматизацией психических заболеваний, включая ярлык ПТСР, сам по себе затрудняет оценку уязвимости к развитию ПТСР. Исследователи и клиницисты отметили зависимость доза-реакция между тяжестью травмы и последующим развитием ПТСР. Так как военнослужащие (в Ираке и Афганистане) подвергаются воздействию в высшей степени ужасных и катастрофических событий, чреватых широким спектром травм, фактор доза-реакция может стать особенно важным при оценке факторов уязвимости, прежде чем подвергать людей воздействию такой травмоопасной среды как театр военных действий. Критерии ПТСР включают угрозу жизни; несмотря на качественные и временные различия между автокатастрофой и целенаправленными пытками и угрозой смерти, факторы уязвимости к физическим и психологическим травмам могут быть более значимыми для развития ПТСР как ответа на пытки.

Позитивные и негативные траектории

Реакция индивида на действие стрессоров должна рассматриваться как часть процесса, а не просто как диагностируемый результат: «При рассмотрении процесса надо изучать траектории функционирования [человека] от предтравматического до текущего уровня» (Moreland, Butler, & Leskin, 2008, p. 40). Позитивная траектория будет определяться способами, с помощью которых индивиды поддерживают, восстанавливают, оздоравливают или даже превосходят свой прежний уровень функционирования. Лепор и Ревенсон (2006) выделили три компонента позитивной траектории: *восстановление*, *устойчивость* и *реконфигурация*. В процессе восстановления гибкость и пластичность эмоционального, когнитивного и поведенческого «позвоночника» позволяют человеку вернуться к своему нормальному поведению. В муках приступа [боли] или другого травматического переживания эти люди могут испытывать снижение уровня своего предтравматического функционирования и могут на время утратить ряд функций, которые впоследствии возвратятся. Устойчивость указывает, что уровень травматического опыта был ниже индивидуального порога и поэтому не вызвал ответной реакции. Этот опыт был быстро интегрирован и не стал объектом пристального внимания в течение длительного периода времени. Наконец, реконфигурация дает понятие о постоянном изменении и адаптации после травматического события. В результате реконфигурации травматического события индивид переживает то, что было названо посттравматическим ростом. Люди с позитивной траекторией, которые восстанавливаются после травматического стресса, с меньшей вероятностью будут взяты на заметку клиницистами, поскольку они, по-видимому, преодолели и освоили травматический опыт.

Негативная траектория будет отмечена потрясением, ухудшением, упадком и инвалидизацией. Если индивиды остаются симптоматичными и дезадаптивными в своем поведении, то это поведение можно описать как *ущербное выживание*. Такие люди, как правило, направляются на психотерапевтическое лечение. Они могут продолжать функционировать, хотя и на заметно сниженном уровне, что свидетельствует о значительном ухудшении их работы. Когда негативная траектория становится более крутой, люди могут не пережить свой травматиче-

ский опыт и навредить себе, употребляя наркотики или ведя себя безрассудно и импульсивно. Они могут быть психологически ослаблены тяжелыми и непрекращающимися психическими расстройствами (например, депрессией, тревогой, фобией) или, пытаясь избавиться от эмоциональной боли, могут совершить самоубийство.

Лечение уязвимости

После оценки состояния пациента и выявления проблемы врач-клиницист может разработать план лечения. Клиницисты должны попытаться выявить факторы уязвимости, которые снизили пороговые значения их пациентов и негативно повлияли на их резилентность и способность справляться с трудностями:

1. *Ограниченная социальная поддержка* – использование групп поддержки, чатов, семейных пар и семейных методов лечения может помочь решить несколько задач: (1) военнослужащие могут испытать чувство товарищества, которое поддерживало их во время службы; (2) им можно помочь увидеть, что они не одиноки, а являются частью сообщества и семейной команды; (3) такой подход смягчает одиночество; и (4) социальная поддержка может служить аналогом костыля или подпорки, которая необходима, когда конечность повреждена и самовосстанавливается.

2. *Ограниченные навыки совладания* – можно разработать структурированный план решения проблем, чтобы помочь людям обобщить то, что они узнали, и улучшить базовые социальные навыки и навыки общения с родственниками.

3. *Отягченная психологическая наследственность* – индивидуальная терапия может помочь людям преодолеть или дистанцироваться от любой семейной патологии. Это чрезвычайно трудная задача, поскольку основные правила и схемы, усвоенные в детстве, теперь могут выйти на передний край. Рекомендуются индивидуальная или групповая терапия.

4. *Влияние предыдущих травматических событий* – вместо того, чтобы сыграть роль прививки от будущего воздействия стресса или стрессоров в будущем, предыдущие травматические события снизили порог восприятия пациентов и сделали их более уязвимыми. В этом случае требуются стратегии повышения пороговых значений.

5. *Предсуществующие психологические проблемы* – чтобы уменьшить влияние предсуществующих проблем, может работать как индивидуальная, так и групповая терапия. Характер, широта, воздействие, распространенность и хроничность ранее существовавших условий будут играть определенную роль в ужесточении функционирования индивида после развертывания.

6. *Острое заболевание или травма* – в случаях острой медицинской патологии или травмы, независимо от того, связаны ли они со службой или нет, рекомендуется немедленное медицинское вмешательство. При необходимости могут быть показаны реабилитационные процедуры. К этой категории относятся ранения, воздействие токсинов или травмы, полученные в результате военного опыта. Когда острое заболевание будет излечено, порог восприятия индивида, скорее всего, восстановится до своего исходного уровня.

7. *Хроническая болезнь* – в ситуациях, когда проблема со здоровьем является хронической, люди могут испытывать обострение реактивности на постоянной (и хронической) основе. Долгосрочные проблемы со здоровьем, такие как диабет, фибромиалгия¹, волчанка или астма, могут привести к снижению порога восприятия и пускового момента стрессовой реакции.

8. *Ухудшение здоровья* – хроническое или острое заболевание, травма или нормальный процесс старения могут привести к потере здоровья и способности к адаптации, и люди могут обнаружить, что они не в состоянии соответствовать прежним ожиданиям. Они могут быть не в состоянии бегать так же быстро или поднимать столько же веса, или они могут испытывать снижение выносливости.

9. *Голод* – во время пищевой депривации люди более уязвимы к различным стимулам, особенно связанным с пищей; например, голодным не стоит покупать продукты питания, потому что они, скорее всего, купят слишком много. Склонность реагировать на стимулы в продуктовом магазине может подавить добрые намерения человека. Кроме того, люди, лишенные пищи, могут быть более восприимчивы к вербальным, физическим, физиологическим, поведенческим или экологическим стимулам. Самое простое лечение – это регулярное пита-

¹ Фибромиалгия – заболевание, характеризующееся диффузной симметричной мышечно-скелетной болью.

ние или ношение с собой продуктов питания, чтобы избежать связанного с голодом снижения порога восприятия.

10. *Гнев* – когда люди злятся, они, по-видимому, теряют соответствующие способности решения проблем. Они могут потерять контроль над своими импульсами или реагировать на стимулы, которые обычно игнорируются.

11. *Усталость* – аналогичным образом, усталость сокращает как количество стратегий решения проблем, так и управление импульсами. У людей часто нарушаются циклы сна, или же они пытаются полностью избавиться от сна, чтобы избежать пугающих снов. Злоупотребление психоактивными веществами у одних нарушает циклы сна; у других – отсутствие устроенности и размеренности жизни приводит к нарушению сна, раннему пробуждению или другим проблемам со сном. Помощь в структурировании паттернов сна этих людей может позволить им чувствовать себя лучше отдохнувшими и повысить свою резилентность.

12. *Одиночество* – когда люди ощущают себя изолированными от других, отсутствие системы поддержки будет способствовать снижению их пороговых значений. Изолированность становится особенно важной для людей после возвращения с развертывания, где они провели месяцы или годы, живя, работая, сражаясь и выживая плечом к плечу со своими боевыми товарищами. Люди могут чувствовать себя изолированными даже тогда, когда находятся в толпе или в кругу семьи. Будут иметь важное значение связи, устанавливаемые через группы ветеранов.

13. *Тяжелая утрата* – потеря значимого человека в результате смерти последнего, развода или разлуки может снизить порог восприятия индивида. В круг значимых людей входят родственники и военная семья солдата. После тяжелой утраты люди могут увидеть, что у них сократился круг общения, и они могут перестать заботиться о том, что с ними происходит.

14. *Неспособность решать проблемы* – не у всех людей одинаково развиты способности решать проблемы. Некоторые люди неспособны решать проблемы; это может быть неочевидным до тех пор, пока человек не попадет в ситуацию большого стресса. Незначительные проблемы в прошлом, возможно, никогда по-настоящему не проверяли

человека на прочность. Обучение решению проблем было бы рекомендуемым и разумным вмешательством.

15. *Злоупотребление психоактивными веществами* – злоупотребление психоактивными веществами может повысить уязвимость. В острых случаях способность пациента к здравому суждению нарушается главным образом в периоды интоксикации, тогда как в хронических случаях оно страдает в целом. Для этих людей рекомендуются программы лечения наркомании, групповые вмешательства и 12-шаговые программы¹.

16. *Хроническая боль* – хроническая боль может иметь такой же эффект, как и хроническая болезнь, когда люди посвящают все свое время и энергию попыткам устранить боль. Стратегии управления болью, фармакотерапия, физические упражнения, физиотерапия или трудотерапия – все это будет способствовать выздоровлению.

17. *Плохой контроль над собственной импульсивностью* – многие люди имеют плохой контроль импульсивности из-за органических или функциональных проблем. Пациенты с биполярным расстройством или пограничными, антисоциальными или театральными расстройствами личности могут испытывать дефицит контроля над импульсами. Проблемы с контролем также могут быть вызваны повреждением исполнительных отделов головного мозга. Стратегии самоконтроля, фармакотерапия, развитие навыков и управление гневом – все это будет иметь ценность.

18. *Новые жизненные обстоятельства* – смена работы, семейного положения, дома, места назначения, боевой опыт – все это стрессоры, которые являются факторами уязвимости. Возвращение из развертывания (независимо от того, было ли связано развертывание с боевыми действиями или нет) создает новые обстоятельства. Реинтегрирование в семью, группу друзей, работу, церковь или любую социальную или семейную общность – все это будет трудной задачей для военнослужащего.

¹ Программа 12 шагов, впервые разработанная в 1938–1939 гг. для общества анонимных алкоголиков, имеет целью признание своей зависимости, апеллирование к «высшей силе» для излечения, возмещение ущерба, нанесенного другим в результате зависимости и донесение целительного знания до других зависимых. Применяется для лечения разного рода зависимостей.

Порог восприятия может изменяться в зависимости от обстоятельств. Один и тот же стимул может в какой-то момент вызвать ответную реакцию, а в другой момент оказаться подпороговым. На самом деле, различные виды деятельности могут иметь очень разные пороговые значения, поэтому важно знать факторы уязвимости конкретного человека.

Итог

Гражданские специалисты, занимающиеся лечением военнослужащих, проходивших службу в крайне травмирующей обстановке, должны помнить, что эти мужчины и женщины являются хорошо подготовленными и исключительно мужественными личностями, которые очень гордятся службой своей стране. Развитие ПТСР или любого другого психического расстройства часто сопровождается у них чувством разочарования, стыда и вины за то, что они каким-то образом не соответствуют тем стандартам, в которых они были воспитаны. Развитие ПТСР в результате воздействия опасной для жизни ситуации является не гарантией, а вероятностью, поэтому необходимо провести тщательную оценку его симптомов. Кроме того, развитие ПТСР, описанное в этой главе, не обязательно указывает на лежащую в его основе ранее существовавшую психологическую слабость, недостаток или неспособность справляться с ситуацией. Часто эти расстройства носят многофакторный характер и сочетают в себе эффект доза-реакция с неврологическими, психологическими факторами и такими социальными факторами, как доверие к сослуживцам, групповая сплоченность и множество других, которые остаются здесь нераскрытыми. Чтобы лучше понять действие этих факторов, военнослужащие должны обследоваться и изучаться в индивидуальном порядке. Положительная траектория [преодоления травматического опыта] могут заключаться в *восстановлении* (возвращении к исходному поведению), *устойчивости* (ограниченной реакции на травматическое событие) или *реконфигурации* (в личностном росте и адаптации). Негативная траектория будет включать в себя *ущербное выживание* (индивид продолжает жить, но в значительной степени утратив способность к функционированию) или *гибель* (индивид ищет возможности самоповреждения или само-

разрушения). Чтобы военнослужащие не могли с прежней вероятностью реагировать или откликаться на конкретные стимулы, факторы уязвимости должны быть определены и устранены. Оценивая и понимая факторы уязвимости, врач-клиницист, по мере необходимости, может сфокусироваться на снижении уровня стресса (как внутреннего, так и внешнего) и повышении порога восприятия.

Источники, на которые ссылаются авторы

Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: lessons from successful children. *American Psychologist*, 53, 205–220.

Masten, A. S., & Powell, J. L. (2003). A resilience framework for research, policy, and practice. In S. S. Iltis (ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 1–25). New York: Cambridge University Press.

Moreland, L. A., Butler, L. D., & Leskin, G. A. (2008). Resilience and thriving in a time of terrorism. In S. Joseph and P. A. Linley (Eds.), *Trauma, recovery, and growth* (pp. 39–61). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Lepore, S., & Revenson, T. (2006). Relationships between posttraumatic growth and resilience: recovery, resilience, and reconfiguration. In L. G. Calhoun and R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth* (pp. 24–46). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Глава 4

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЛЕЧЕНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Введение

Военнослужащие любого компонента вооруженных сил начинают свою жизнь как гражданские лица. Они рождаются, развиваются и получают образование, скорее всего, в гражданской среде. В какой-то момент жизни они принимают решение вступить в армию. Каждый делает этот шаг по личным причинам; однако, когда люди приносят присягу, они становятся неотъемлемой частью команды. Для некоторых командная работа привычна, – они были частью семейной команды, команды братьев и сестер, команды друзей, спортивных или академических команд, а теперь и военной команды. Для других быть частью команды – новый и необычный опыт. Для опытных членов команды ее правила и структура – близнецы-братья. Новички должны пройти серьезное обучение, чтобы достичь уровня осознания себя членом команды, познакомиться с командой и, наконец, обрести чувство локтя (т. е. членства в группе). Это достигается с помощью спортивных упражнений, соревнований между отдельными людьми и группами, прямого инструктажа или групповых встреч и обучения преодолению стрессовых ситуаций. Она также прививается через афоризмы, девизы и апелляции к традиции; например, новобранцев в армии учат декламировать Кредо солдата:

Я – Американский солдат.

Я воин, и я член команды.

Я служу народу Соединенных Штатов и живу ценностями армии.

Я всегда буду ставить выполнение задачи на первое место.

Я никогда не смирюсь с поражением.

Я никогда не сдамся.

Я никогда не оставляю павшего товарища.

Я дисциплинирован, физически и интеллектуально подготовлен, тренирован и хорошо разбираюсь в военных заданиях и упражнениях.

Я всегда забочусь о своем оружии, снаряжении и самом себе.

Я эксперт, и я профессионал.

Я готов развернуться, вступить в бой и уничтожить врагов Соединенных Штатов Америки в ближнем бою.

Я – хранитель свободы и американского образа жизни.

Я – Американский солдат.

Наша цель – в этой главе описать специфическую когнитивно-поведенческую психотерапевтическую модель лечения, которая была разработана и опробована на широком спектре клинических выборов и проблем, а также в различных условиях и ситуациях. Сначала мы предлагаем краткое введение в когнитивно-поведенческую терапию (КПТ), а затем обсуждаем оценку, концептуализацию и планирование лечения. В следующей части рассматриваются конкретные когнитивные, аффективные, поведенческие и ситуационные факторы. Наконец, мы предлагаем клинический пример и краткое изложение многочисленных проблем, с которыми сталкиваются возвращающиеся с войны военнослужащие.

Когнитивно-поведенческая терапия

Многие бывшие и нынешние военные пациенты вначале страдают от проблем с депрессией или тревожностью. Часто при этом не замечаются более сложные коморбидные¹ проблемы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и расстройств личности. Пациенты могут обратиться к терапевту с целым рядом проблем и таким количеством симптомов, что терапевт часто не знает, с чего начать. Фримен (2005) назвал это *изобилием симптомов*. Люди могут записаться на терапию под влиянием принуждения, под угрозой или просто, чтобы избавиться от [назойливости] окружающих (семьи, друзей, начальников). Ни одно лечение не может удовлетворить потребности каждого

¹ Коморбидность – сосуществование у одного пациента двух или более заболеваний, синдромов или психических расстройств, связанных между собой единым патогенетическим механизмом или совпадающих по времени.

пациента, и вряд ли один терапевт может быть мастером в применении различных моделей лечения. Важное значение имеет совместный поиск терапевтом и пациентом соответствующего метода лечения. Это может быть сделано в рамках широкого спектра разновидностей КПТ. Ниже мы опишем многочисленные характеристики КПТ. По существу, сочетая и сопоставляя эти характеристики, терапия может быть структурирована таким образом, чтобы наилучшим образом в определенное время и в любых конкретных обстоятельствах удовлетворять потребности пациента. КПТ является активной, мотивационной, директивной, коллективной, динамичной, проблемно-ориентированной и ориентированной на решение, акцентирующей на решении задач здесь и сейчас. Она является психоэмоциональной, структурированной, ограниченной по времени, предписывающей, культурноосведомленной, эмпирически поддерживаемой, когнитивно соответствующей и интегративной, и в ней используется односессионная модель лечения.

Активность

Модель КПТ требует, чтобы пациент был вовлечен в процесс лечения. Степень вовлеченности является предметом переговоров и часто зависит от восприятия пациентом терапии, терапевта и терапевтического процесса. Пациент, который приходит к терапевту, только чтобы «отметиться», не получит всей пользы, поскольку это означает, что работает только половина терапевтической диады. Терапевты часто спрашивают: «Что мне делать с пациентом, который не интересуется терапией, отказывается сотрудничать, отказывается делать домашнюю работу, отрицает все проблемы и постоянно пропускает встречи?» Ответ заключается в том, что, возможно, мало что удастся сделать, пока не будет решен следующий вопрос.

Мотивированность

Военные и невоенные должны быть мотивированы на участие в сложном и иногда пугающем процессе психотерапии с помощью мотивирующего интервьюирования. Если терапевт может помочь пациенту в повышении его мотивации к переменам, то активность пациента и его вовлеченность в терапию, в идеале, также возрастут.

Директивность

Терапевт должен быть режиссером, тренером и хореографом терапевтического процесса. Недирективная позиция, поддерживаемая роджерсианцами (хотя и не Роджерсом¹ в его более поздних работах), будет иметь ограниченную ценность. Если терапевт консультирует в своем кабинете пациента, один из них должен иметь представление о том, в каком направлении идет или куда должен идти процесс. Идея следовать за пациентом, потому что только пациент знает, куда он направляется, является сомнительной. Мы бы предположили, что, если бы пациенты знали, куда им идти, они, скорее всего, не пошли бы на терапию. Еще один фактор, который следует учитывать, заключается в том, что военные или бывшие военные вполне привыкли действовать в иерархической системе рангов. Это может быть использовано как для повышения их мотивации, так и уровня активности.

Сотрудничество

Сотрудничество – это не всегда вклад 50/50. Широко распространенный в терапии афоризм гласит, что терапевт не должен работать больше, чем пациент. Основную часть работы должен выполнять пациент. Опять же, это сомнительный тезис. Первоначально соотношение сотрудничества сторон может составлять 90/10, причем терапевт обеспечивает 90% терапевтического сотрудничества. По мере того как мотивация пациента возрастает, соотношение может измениться до 80/20. Результат успешной мотивационной работы может в конечном итоге привести к соотношению 60/40. Пациент никогда не сможет выполнить более 40% работы. Именно поэтому на некоторых пациентов или группы пациентов (например, подростков) приходится затрачивать гораздо больше энергии и это может привести к более быстрому выгоранию терапевта.

¹ По мысли К. Роджерса, миссия психотерапии состоит в том, чтобы содействовать переходу человека из статуса расстроенной «машины» (механическое поведение которой всецело обусловлено случайными факторами и превратностями социализации) в статус самостоятельного и ответственного «действующего лица», – то есть содействовать его становлению личностью, субъектом своей деятельности.

Динамичность

Динамичность КПП означает понимание личностных, культурных, социальных, семейных, гендерных и обусловленных возрастом правил пациента, называемых схемой. Схемы – это шаблоны, которые все люди создают, чтобы помочь им понять свой мир. Все успешные военнослужащие будут прививать себе базовую схему, соответствующую специфике своей службы: «Морской пехотинец всегда морской пехотинец» и «Semper fi»¹ («всегда верен»). Из книг и фильмов многие даже невоенные люди знакомы с девизом Вест-Пойнта: «Долг, честь, страна». Эти девизы, официальные и неофициальные, отчасти являются тем, что вовлекает отдельных людей в военную службу и создает esprit de corps² подразделения, крупной воинской части и конкретного компонента вооруженных сил в целом.

Проблемоориентированность

Терапевты часто путают проблемы с жалобами. Жалобы могут побудить человека прибегнуть к терапии (например, «я в депрессии»); работа терапевта – принимать жалобы и превращать их в списки проблем, подлежащих лечению. Например, депрессия может быть связана с низким либидо, проблемами с принятием решений, негативным представлением о себе, мыслями о безнадежности и самоубийстве, нарушениями сна или питания и потерей чувства юмора. Конкретные симптомы и степень их тяжести – это проблемы, которые необходимо решать терапией. Депрессия – это слишком расплывчатый термин, и ее нельзя рассматривать иначе, как совокупность сопутствующих факторов или симптомов.

Сфокусированность на решении проблем

Инсайтов³, хотя они и интересны, и важны, недостаточно, чтобы вызвать изменения. Целью терапии должно быть оказание помощи па-

¹ Semper fidelis (лат.) – фраза, служащая девизом корпуса морской пехоты США с 1883 года.

² Esprit de corps (фр.) – корпоративный дух.

³ Инсайт или озарение – многозначный термин психологии, психоанализа и психиатрии, описывающий внезапное и невыводимое из прошлого опыта понимание отношений и ситуаций в целом.

циентам в разработке путей решения их проблем. Эти решения предназначены не для того чтобы вылечить (сомнительная концепция), а для того, чтобы продвинуть пациента к лучшему решению проблемы. Однако самое важное – помочь человеку самому выработать стратегию решения проблем для более эффективного совладания с ними. Часто люди могут быть превосходными коперами¹ в одной области, но почему-то не могут применить те же самые навыки решения проблем в других условиях и обстоятельствах.

Здесь и сейчас

Вопрос для КПТ-терапевта заключается не столько в том, почему у кого-то возникают трудности, сколько в том, что их подпитывает и как можно управлять процессом их разрешения. Те правила, которые каждый индивид усваивает на протяжении всей своей жизни (схема), будут присутствовать и будут очевидны здесь и сейчас. Терапевт может справиться с проблемами, стоящими в данный момент перед пациентом, обратившись к настоящему и не тратя время терапии на постоянный или частый пересмотр того, что было в прошлом. Корни этих проблем можно найти в схеме, разработанной семьей, в которой родился и воспитывался человек.

Психологическое образование

Мы не можем предполагать, что все люди обладают одинаковыми физическими навыками, равно как и не можем предполагать, что все люди обладают одинаковой способностью к визуальному сканированию². Большая часть того, что создает проблемы для многих людей, – это дефицит общих или специфических навыков в одной или многих областях; например, детям может быть трудно удерживать внимание. По сути, частью процесса психологического обучения является выработка умения фокусировать свое внимание, выделять из гештальта

¹ Слово «соре» по англо-русскому словарю Мюллера, означает: 1. торговец лошадьми, конский барышник. 2. судно, тайно снабжающее рыбаков спиртными напитками в открытом море. Здесь употреблено в смысле находчивого человека, привыкшего добиваться своей цели.

² Зрительное или визуальное сканирование, можно определить как способность активно, быстро и эффективно искать информацию в окружающей среде.

наиболее заметные детали, изучать свое окружение, распознавать знакомые и незнакомые объекты и уметь переключать свое внимание по мере необходимости. То же самое можно сказать и о социальных навыках. Человек может иметь навыки общения с ближайшими родственниками дома, но может никогда не овладеть более сложными навыками установления контакта с незнакомцем, инициирования, поддержания и успешного завершения разговора. КППТ – это модель формирования навыков, в которой работа будет сосредоточена на выявлении, приобретении, репетиции применения и оценке навыков поведения в течение и вне психотерапевтического сеанса.

Структурированность

Для людей, тренированных достигать цели миссии и знающих о важности структурирования задач как механизма выживания, имеет важное значение структурирование элементов терапии. На самом деле, [военнослужащим] метод свободных ассоциаций и неструктурированная терапия могут быть противопоказаны. Терапия может быть структурирована двумя способами. Во-первых, общая цель терапии – решение проблем из заранее составленного списка – должна постоянно оставаться в фокусе [внимания терапевта и пациента]. Работа терапевта в этом отношении заключается в обеспечении согласованности акцентов на протяжении всего времени терапии. Добавление новых вопросов или пунктов [к списку проблем] должно быть согласовано с пациентом. Это обеспечивает целенаправленный подход к решению жизненных проблем. Вторым объектом структурирования будет сама сессия. В самом начале сеанса терапевт и пациент должны договориться о вопросах, проблемах, трудностях или несчастьях, которые должны быть разрешены на данном сеансе. Роль терапевта состоит в том, чтобы выработать повестку сессии, достаточно широкую, чтобы обеспечивать продвижение [по списку проблем], и достаточно узкую, чтобы терапия [текущей сессии] была успешной.

Ограниченность по времени

Ограниченная по времени терапия не обязательно предполагает фиксированное количество сеансов; это, скорее, средство осмысле-

ния терапии. Например, терапия может быть организована в модульной форме, чтобы сосредоточить на конкретной проблемной области определенное количество сеансов. Модули могут включать от 1 до 10 сеансов. Преимущества модульной системы заключаются в том, что она дает терапевту возможность планировать терапию, и пациент не перегружается терапией, затянувшейся до бесконечности.

Предписывающая терапия

Когнитивно-поведенческий терапевт буквально пишет рецепт или план лечения, определяя, насколько терапевтическая работа будет когнитивной, насколько поведенческой, насколько сосредоточенной на семейных или межличностных проблемах, какие внутриличностные проблемы должны быть решены и какие эмоциональные проблемы подлежат разрешению. Этим рецептом терапевт делится с пациентом, чтобы тот мог стать более сильным, мотивированным, сосредоточенным на решение проблем сотрудником. Конкретное сочетание техник будет меняться от пациента к пациенту в соответствии с их индивидуальными потребностями.

Культурноосведомленная

Сосредоточиваясь на индивидуальной схеме пациента, КПТ делает сильный акцент на культуру индивида. Психотерапевт должен с уважением относиться к различиям, но не может быть осведомлен во всем широком спектре культур, субкультур, религий или идентификаций по географии происхождения, представленных сегодня в вооруженных силах. Обращаясь к схеме, терапевт начинает осознавать правила, по которым живет и действует конкретный пациент, и не в последнюю очередь это касается военной культуры.

Эмпирически поддерживаемая

Одним из наиболее важных и впечатляющих атрибутов КПТ являются текущие эмпирические исследования, которые поддерживают ее различные приложения. Эти исследования не подтверждают правильность модели, а лишь подкрепляют и поддерживают ее. История

психотерапии полна отчетов о случаях успешного лечения различных расстройств, причем часто харизматическими терапевтами; эти отчеты затем используются для обоснования или поддержки использования определенной модели или техники. Аналогичным образом, исследования в одной области, например, депрессии, демонстрирующие эмпирическую поддержку, затем рассматриваются как оправдывающие определенную модель в лечении многих других связанных и не связанных между собой эмоциональных расстройств.

Когнитивно соответствующая

Принято считать, что взрослые люди находятся на уровне развития, который, по теории Пиаже, называется стадией формальных операций. На этой стадии индивид сможет концептуализировать и использовать абстракции (например, терапевтические интерпретации). Исследования Нигро (2007) показали, что многие взрослые люди либо все еще находятся на стадии конкретных операций, либо находятся на пороге формально-операционного мышления. КПТ можно легко переорганизовать, направив терапевтическую работу на когнитивный уровень индивида. Очевидно, что работа над поведением будет осуществляться в рамках конкретно-операционного уровня.

Интегративная

Когнитивно-поведенческие терапевты используют широкий спектр стратегий и вмешательств. Индивидуальные сеансы в офисе психотерапевта могут сочетаться с групповой терапией, семейной терапией, парной терапией, стационарным лечением для релаксации или детоксикации, а также психофармакологическим лечением. Различные элементы лечения используются не эклектично (т.е. когда все элементы работают в произвольном порядке), а интегративно, когда каждый элемент выполняет некоторую часть плана лечения. КПТ-терапевт также взаимодействует с другими терапевтами и медицинскими работниками.

Односесссионное лечение

Последняя характеристика КПТ – акцент на односесссионном лечении. Это не означает, что пациент будет наблюдаться терапевтом толь-

ко в течение одного сеанса, а скорее, что каждый сеанс будет иметь начало, середину и конец. Если пациент не придет на следующий сеанс, то, по крайней мере, будет закрыта та часть терапии, в которую он был вовлечен.

Диагностика

Основным этапом в КПТ является диагностика состояния пациента. Сбор данных начинается с первого контакта. Именно в этот момент терапевт начинает внутренне генерировать гипотезы относительно состояния пациента. Данные могут быть получены от человека, из изучения его документов, отчетов тех, к кому он обращался за лечением, заявлений и отчетов окружающих, личных разговоров и психологического тестирования. Терапевты используют эти данные для концептуализации и структурирования программ лечения. Концептуализация – это, пожалуй, самый сложный аспект психотерапевтического лечения. Хотя похожее поведение может быть сходным образом концептуализировано, психотерапевтам важно допускать, что одинаковое поведение у двух разных человек может быть вызвано совершенно разными причинами. Точно так же один и тот же человек может в разное время вести себя одинаково, но по разным причинам.

Процесс концептуализации

Концептуализация – динамический процесс. Этот процесс неизбежно будет проходить в несколько этапов. За первоначальной концептуализацией по мере сбора дополнительных данных последуют необходимые изменения и исправления. Эти данные могут быть получены из отчетов пациентов или из опыта терапевтического сотрудничества *in vivo* (в естественных условиях). Если концепция вырублена из гранита, терапия будет ограниченной и жесткой. Статичная концепция ограничивает способность терапевта объяснять действия, мысли и поведение, возникающие в процессе терапии. Разработка жесткой концепции напоминает изготовление терапевтом молотка, после чего тот рассматривает все, попадающее в поле его зрения, как гвоздь, по которому нужно ударить.

Чтобы лучше понять, что такое процесс концептуализации, прибегнем к кулинарной метафоре. Чтобы стать хорошим поваром, мы должны начать с выработки представления о том, к чему мы направляемся (например, «что приготовить на ужин?»). Затем мы должны получить представление о конечном продукте. Предположим, что мы хотим приготовить блюдо из говядины. Еще до покупки необходимых ингредиентов мы должны иметь представление о том, как будет выглядеть готовое блюдо, каков будет его вкус или запах. Как только модель построена, мы должны оценить нашу способность приготовить это блюдо. Мы также должны решить, сколько порций нужно приготовить и к какому сроку блюдо должно быть готово. Затем мы можем разложить ингредиенты и убедиться, что необходимое оборудование находится на месте. Теперь мы можем приступить к приготовлению пищи. Если нам не хватает одного ингредиента, мы, вероятно, можем заменить его другим, соответствующим желаемой цели (например, использовать другой соус). В другой раз мы можем захотеть изменить рецепт с учетом конкретного, желаемого эффекта. В конце концов становится ясно, что повар должен иметь рабочую концепцию желаемого результата. Эта концепция включает в себя желаемый вкус, запах и внешний вид. Имея общую концепцию, состоящую из конечной цели, состава доступных ингредиентов и установленных ограничений (например, по времени), повар может готовить блюда, которые запомнятся на долгие годы.

Как терапевты, мы должны иметь эффективные концепции проблем наших пациентов, которые согласуются с целями, имеющимся временем и другими параметрами, принимая во внимание навыки каждого пациента, наши навыки, реакцию пациента на предыдущие методы лечения и степень выраженности патологии. Суть концептуализации заключается в понимании схемы пациента. После этого принимается решение о наилучших возможных точках входа в систему. Способность разрабатывать концепции и трансформировать их в терапевтические вмешательства можно рассматривать в иерархическом порядке. На самом низком уровне мастерства психотерапевт, по-видимому, вообще не вырабатывает концепцию для данного случая. У сеанса не будет ни темы, ни фокуса, ни повестки дня, ни структуры, а направление лечения будет диктоваться последним заявлением

пациента. Если терапевт начал разрабатывать концепцию, то вмешательства будут иметь большую организованность и направленность. На самом высоком уровне четкая концепция выражается в серии организованных и целенаправленных лечебных мероприятий. Терапевт использует концептуальную структуру для того, чтобы вызвать определенные мысли, предположения, образы, смыслы или убеждения. Она помогает терапевту разработать вопросы для управляемого процесса раскрытия пациента. Без концептуализации лечения фокус работы КПТ может стать расплывчатым или неуместным, даже при использовании базовых инструментов когнитивной терапии, таких как запись нефункциональных мыслей или более простая техника двух или трех колонок¹ для собирания мыслей. Ньюман и Бек (1990) выделили восемь этапов для разработки плана лечения: (1) концептуализация проблемы, (2) развитие отношений сотрудничества между терапевтом и пациентом, (3) формирование у пациента мотивации к лечению, (4) формулирование проблемы пациентом, (5) постановка цели лечения, (6) социализация пациента в когнитивную модель, (7) когнитивно-поведенческие вмешательства и (8) профилактика рецидивов.

Понятие о схеме

Конкретная схема может вызывать очень много эмоций и может быть эмоционально связана с прошлым опыта индивида, и укрепляться под грузом лет, в течение которых вера в нее сохранялась. Кроме того, необходимо также учитывать важность и достоверность источника, от которого была получена схема. Когнитивные элементы схемы пронизывают мысли и образы индивида. При правильном обучении индивиду можно помочь описать схемы в мельчайших деталях или вывести их из поведения или автоматических мыслей. Поведенческий компонент включает в себя то, как система убеждений управляет реакциями

¹ Техника, служащая для выявления автоматических мыслей. В первой колонке записываются негативные мысли, во второй – соответствующий им тип когнитивного искажения, в третьей – альтернативные позитивные, рациональные мысли, опровергающие негатив. В более простой технике двух колонок отсутствует определение типа когнитивной ошибки.

индивида на определенный стимул или набор стимулов. Для некоторых пациентов терапевтическая последовательность может быть когнитивной → аффективной → поведенческой; для других людей она будет поведенческой → когнитивной → аффективной. Схема бывает

- когнитивная – кодируются идеи, убеждения, мысли;
- аффективная – кодируются эмоциональные стимуляторы;
- поведенческая – побуждает человека к действию;
- решения проблем – работает в новых ситуациях;
- возбуждающая – порождает действие или возбуждение.

Поскольку схемы определяют, по сути, то, как человек представляет себя как личность и как часть группы, они важны для понимания и учета в концептуализации лечения. Они могут быть названы бессознательными, понимая бессознательное как «идеи, которые мы не осознаем» или как «идеи, которые мы не осознаем просто потому, что они находятся не в фокусе внимания, а на периферии сознания» (Campbell, 1989). Неактивные схемы вступают в игру по управлению поведением во время стресса. Стрессоры вызывают к жизни до того неактивные схемы, которые становятся активными и берут на себя управление поведением. Когда действие стрессора прекратится, схема возвратится в прежнее спящее состояние. Понимание континуума активность-бездействие объясняет два взаимосвязанных клинических феномена. Первый включает в себя быстрые, хотя и преходящие, позитивные изменения, часто проявляющиеся в терапии, так называемое лечение переносом или бегство в здоровье. Результатом этого феномена является то, что пациент с клиническими симптомами, по-видимому, испытывает чувство частичного или полного выздоровления в удивительно короткий период времени, а затем стремится прекратить терапию, поскольку не ощущает в ней больше необходимости. То, что мы реально в этом случае наблюдаем, – так это пациента, находящегося в состоянии стресса, реагирующего на несколько проявивших активность дремлющих схем. Они могут направлять поведение пациента в различных нефункциональных и саморазрушительных направлениях. Когда пациент входит в терапию и чувствует принятие и поддержку со стороны терапевта, стресс может уменьшиться, и человек снова будет действовать по функционально более активной схеме. Однако если

пациент покидает терапию, не приобретя навыков, необходимых для преодоления стресса, проблема может возникнуть снова, когда/если стрессор вернется. Люди, разработавшие собственные эффективные стратегии совладания, способны справляться со стрессом на протяжении всей своей жизни и редко испытывают активацию дремлющей схемы.

Другим клиническим феноменом является пробуждение дремлющей схемы, которая при поступлении в больницу заставляет пациента казаться чрезвычайно обеспокоенным. После кратковременной психотерапии, фармакотерапии или комбинированной терапии пациент выглядит гораздо лучше интегрированным, гораздо более внимательным и даже гораздо более здоровым; фактически после снятия стресса терапевт может усомниться в существовании любой психопатологии.

То, насколько сильно схема влияет на жизнь человека, зависит от нескольких факторов. Первый вопрос заключается в том, чтобы оценить, насколько прочно удерживаются схемы. Схемы, которые являются частью представления пациента о себе, скорее всего, будут более устойчивыми. Эти схемы гораздо труднее изменить, поскольку они влияют на то, как люди определяют себя и видят себя в контексте собственного представления о мире. Эти неодолимые схемы часто легко обнаруживаются терапевтом, но они могут стать самыми трудными для изменения. В конце концов, люди, которые придерживаются своих убеждений даже тогда, когда им угрожает смерть, считаются героями или мучениками. Связанный с этим вопрос заключается в том, насколько существенными люди считают ту или иную схему для своей безопасности, благополучия или существования. Участвует ли пациент в каком-либо споре со своими мыслями, действиями или чувствами, когда активизируется определенная схема? Это будет связано с предыдущим усвоением индивидом важности и существенности конкретной схемы. Вероятно, самый важный вопрос связан с тем, как рано была усвоена конкретная схема. Чем раньше схема была приобретена, тем более мощной она будет и тем большее влияние окажет на поведение индивида. Лейден и др. (1993) назвали эти схемы «облачными». Они влияют на поведение, но пациент может не осознавать, откуда по какому направлению и с какой силой они действуют.

Изменение схемы

Поскольку схемы определяют личность, их часто трудно изменить. Чем выше ценность схемы для выживания, тем большее значение она имеет для индивида и тем труднее ее изменить. Воин, возвращающийся из зоны боевых действий, может заметно вздрогнуть, услышав громкий звук; это не обязательно проявление посттравматических воспоминаний, а скорее обусловленная реакция на потенциально опасные для жизни обстоятельства.

Цель терапии состоит в том, чтобы индивид занял в жизни более центристскую (гибкую) позицию. Во многих случаях схемы отдельных людей были более гибкими до их военного опыта. В результате тренинга и жизни в травмирующей обстановке схема, возможно, стала гораздо более жесткой для обеспечения выживания. Например, моя вера в то, что людям в моем районе можно доверять и что я нахожусь в безопасности, прогуливаясь по улице, будет изменена под влиянием необходимости, если я окажусь в окружении вооруженных и агрессивно настроенных врагов, которые убьют меня, если им представится такая возможность. Некоторым индивидам трудно изменить приспособленность к выживанию.

Изменения или переключения в схеме можно классифицировать следующим образом:

- реконструкция, которая включает в себя медленную фальсификацию существующей схемы и построение более адаптивной схемы на ее месте;
- конструирование, которая требует, чтобы индивид выстроил систему правил или схему, если уже существующие не подходят для конкретной ситуации;
- модификация, которая включает в себя работу в рамках схемы индивида и внесение в нее небольших, но видимых изменений;
- переинтерпретация, когда индивид не изменяет схему, но использует ее в более адаптивной и просоциальной манере;
- маскировка, то есть когда схемы осознаются и держатся вне поля зрения большинства окружающих.

Когнитивно-поведенческое лечение

Когнитивно-поведенческая терапия опирается на два основных набора техник: когнитивных и поведенческих. Обе группы техник приложимы к эмоциональному, межличностному и ситуационному использованию.

Когнитивные вмешательства

Личностный смысл. Понятие или суждение, используемое пациентом, не могут быть полностью поняты терапевтом до тех пор, пока у пациента не спросят об их смысле и о том, насколько он релевантен для пациента. Очень важно прямо спросить пациента о значениях [употребляемых им] слов. Это также послужит для него образцом активного слушания, улучшения коммуникации и средством проверки предположений.

Расспрашивание о доказательствах. Очень важно научить пациентов подвергать сомнению доказательства, которые они используют для поддержания и укрепления мысли или убеждения. Расспрашивание требует изучения источника данных или доказательств. Многие пациенты способны игнорировать основные фрагменты и сосредоточиться на тех немногих фрагментах данных, которые поддерживают их ранее сложившуюся нефункциональную точку зрения.

Перераспределение [ответственности]. Обычно пациенты говорят: «Это все моя вина». Это может быть верно, если по вине человека возникла угроза чьим-то жизням или они были потеряны. Хотя нельзя сразу отбросить мнение индивида, маловероятно, чтобы один человек был полностью ответствен за все, что пошло не так в той или иной ситуации. Терапевт может помочь пациенту распределить ответственность между всеми соответствующими сторонами. Терапевт не должен занимать позицию полной поддержки пациента, заявляя, например: «В этом не было твоей вины», или «Не вини себя», или «Тебе нужно отпустить это». В этом случае терапевт фактически вторит друзьям и семье, которых пациент уже отверг как несимпатичную ему (хотя и поддерживающую его) команду чирлидеров. Придерживаясь золотой середины, терапевт может помочь пациенту рационально перераспре-

делить ответственность: не брать всю вину на себя и не перекладывать всю вину на других.

Изучение вариантов и альтернатив. Многие люди могут думать, что они потеряли все возможности и стали безнадежными. Возможно, наиболее яркими примерами ощущения отсутствия выбора являются пациенты-самоубийцы, которые считают набор своих вариантов и альтернатив настолько ограниченным, что среди немногих доступных им вариантов смерть может казаться самым легким или самым простым исходом. Когнитивная стратегия в этом случае потребует работы с пациентом для выработки дополнительных вариантов.

Декатастрофизация. Декатастрофизация, также называемая методом «что, если», включает в себя помощь пациентам в плане, не переоценивают ли они катастрофический характер своей ситуации. Вопросы, которые могут быть заданы: «Что самое худшее, что может случиться?» или «А если это все-таки произойдет, то что же в этом будет такого ужасного?» Эта техника заставляет терапевта работать против стиля мышления «маленького цыпленка». Если пациент воспринимает текущее переживание (или саму жизнь) как серию катастроф и проблем, то терапевт может работать над лучшей оценкой пациентом реальности. Многим военнослужащим, вернувшимся из действительно катастрофической среды, в которой существовала угроза жизни, потери конечности, страдала дружба и взаимоотношения, терапевт не сможет удалить прошлое, но он может сосредоточиться на настоящем и будущем, чтобы пламя боевых катастроф не опалило их неизгладимо на всю оставшуюся жизнь.

Воображаемые последствия. При использовании этой техники людей просят пофантазировать о возможном и описывать представляемое и сопутствующие проблемы. Часто при вербализации опасений пациенты видят иррациональность своих мыслей. Если воображаемые последствия реальны, терапевт может работать с пациентом, чтобы оценить реальную опасность и разработать стратегии совладания. Эта техника позволяет пациентам переносить в консультационную комнату воображаемые события, ситуации или взаимодействия, которые имели место ранее.

Преимущества и недостатки. Попросив пациентов изучить как преимущества, так и недостатки того или иного вопроса, можно до-

биться выработки у них более широкой перспективы. Хотя пациенты часто утверждают, что они не могут контролировать свои чувства, действия и мысли, именно развитие контроля над ними является сильной стороной КПТ.

Не было бы счастья, да несчастье помогло. Иногда кризис или катастрофический опыт могут принести пользу. Потеря работы может быть катастрофой, но в некоторых случаях может привести к нахождению лучшей работы или даже к началу новой карьеры. Это не просто — пошутить, что, «если жизнь потчует вас одними лимонами, сделайте из них лимонад». Военнослужащие побывали в аду и вернулись обратно. Они видели и переживали или делали то, что никогда не думали, что смогут сделать. Психотерапевт должен привести пациента к пониманию того, как опыт пребывания в травмирующей обстановке может быть использован на благо индивида и общества в целом.

Управляемая ассоциация/раскрытие. С помощью простых вопросов, таких как «что тогда?» или «что бы это значило?» или «что тогда будет?» психотерапевт может помочь человеку исследовать значение событий. Терапевт сочетает вопросы с вербализацией мыслей пациента. Спрашивая: «А потом что?» или «чем вы докажете, что это правда?» терапевт может направлять пациента по различным терапевтическим траекториям в зависимости от концепции и терапевтических целей.

Использование преувеличения или парадокса. Доведя мысль до крайности, психотерапевт часто может помочь человеку сбалансировать отношение к определенному убеждению. Необходимо позаботиться о том, чтобы не оскорблять, не высмеивать и не смущать пациента. Пациенты, сверхчувствительные к критике и насмешкам, могут рассматривать применение парадоксальных стратегий как облегчение своих проблем. Терапевт, решивший использовать техники парадокса или преувеличения, должен иметь: (1) прочные рабочие отношения с пациентом, (2) уметь уловить момент и (3) иметь здравый смысл, чтобы знать, когда отступить от использования техники.

Масштабирование. Для тех пациентов, которые живут по принципу «все или ничего», техника масштабирования или реального видения вещей в континууме может быть очень полезной. Масштабирование чувства может побудить пациента использовать стратегию установления дистанции и выработки перспективы. Поскольку пациенты могут

находиться в точке экстремума мыслей и поведения, для них полезно любое движение к середине.

Прямое возражение. Хотя мы не ратуем за то, чтобы спорить с пациентом, временами необходимо прямое возражение. Необходимость его обуславливается потенциально неизбежной попыткой самоубийства. Терапевт должен быстро бросить вызов безнадежности. Спор может показаться предпочтительным методом лечения, но в этом случае терапевт рискует оказаться втянутым в борьбу за власть в споре с пациентом. Возражения от стороннего лица могут фактически вызвать у пациента пассивное сопротивление и пассивно-агрессивную реакцию, которая может включать и самоубийство. Диспуты, дискуссии и дебаты – это потенциально опасные инструменты, которые необходимо использовать осторожно, рассудительно и умело. Если терапевт начнет упорно противоречить, пациент может полностью отключиться от терапевта.

Поведенческие техники

Цели использования поведенческих техник в контексте когнитивно-поведенческой терапии многообразны. Первая цель состоит в том, чтобы использовать прямые поведенческие стратегии и методы для тестирования нефункциональных мыслей и поведения. Прежние мысли пациента, заставлявшие его выбирать боязливое или избегающее поведение, должны быть оспорены. Второе применение поведенческих техник – это упражнение в новом поведении в качестве домашнего задания. Некоторые виды поведения можно практиковать сначала в офисе психотерапевта, а затем дома. Домашнее задание может состоять из исполнения новых ролей, практики активного слушания, выражения физической и эмоциональной ласки окружающим, или попыток делать какие-то вещи по-новому.

Планирование деятельности. Планирование деятельности – это, пожалуй, самый распространенный инструмент в арсенале терапевта. Для пациентов, которые чувствуют себя перегруженными, планирование деятельности может использоваться для более эффективного использования времени. Планирование деятельности служит как ретроспективным инструментом для оценки использования времени в

прошлом, так и перспективным инструментом для планирования более эффективного использования времени.

Оценка освоения и удовлетворения. Планирование деятельности также может быть использовано для оценки и планирования мероприятий, которые дают пациентам ощущение личной эффективности [в освоении терапии] и удовлетворенности лечением. Чем выше уровень освоения терапии и удовлетворенности ее результатами, тем ниже уровень тревоги и депрессии. Выявив вид деятельности с низким или высоким уровнем тревожности, терапевт и пациент могут планировать увеличение первого и уменьшение второго.

Тренинг социальных навыков. Если проверка восприятия реальности пациентом дает хорошие результаты и пациент не имеет специфических навыков [социального взаимодействия], то терапевт обязан либо помочь пациенту приобрести необходимые навыки, либо направить его на обучение. Приобретаемые навыки могут состоять из чего угодно: от обучения правильному рукопожатию до выработки умения поддерживать разговор.

*Тренинг асертивности*¹. Как и в случае с социальными навыками, обучение самоутверждению может быть важной частью терапии. Пациентам, испытывающим социальную тревогу, можно помочь развить ответственные навыки самоутверждения.

*Библиотерапия*². В качестве домашнего задания может быть назначено чтение некоторых хороших книг. Эти книги могут быть использованы для социализации или обучения пациентов по базовой модели когнитивной терапии, подчеркивания конкретных аспектов, отмеченных в ходе сеанса, или введения новых идей для обсуждения на будущих сеансах. Некоторые полезные ресурсы перечислены в конце этой главы.

Градуирование заданий. Градуирование заданий заключается в процедуре формирования небольших последовательных шагов, кото-

¹ Асертивность – способность человека не зависеть от внешних влияний и оценок, самостоятельно регулировать собственное поведение и отвечать за него.

² Библиотерапия – метод психотерапии, использующий литературу как одну из форм лечения словом. Применяется для коррекции психического состояния с помощью направленного чтения специально подобранной литературы. При библиотерапии может использоваться как научно-популярная литература, так и художественная.

рые ведут к желаемой цели. Поставив задачу, а затем указав последовательность действий по ее выполнению, пациентам можно помочь добиться разумного прогресса с минимальным стрессом для них. По мере того как пациенты пытаются делать шаги, терапевт может поддерживать и руководить ими.

Репетиция поведения/ролевая игра. Сеанс терапии – это идеальное место для практики во многих видах поведения. Терапевт может служить учителем и гидом, обеспечивая обратную связь непосредственно по результатам работы. Терапевт может контролировать работу пациента, предлагать предложения по ее улучшению и моделировать новое поведение. Кроме того, в ходе сессии могут быть определены и проработаны ожидаемые и фактические препятствия. Попытке тренинга поведения пациента в естественных условиях (*in vivo*) должна предшествовать генеральная репетиция.

*Подвержение воздействию естественных условий (*in vivo*).* Иногда кабинет терапевта должен расшириться до размеров внешнего мира. Терапевты могут сопровождать пациентов в опасных ситуациях. Они могут ездить с пациентами по мосту, вызывающем страх, ходить в страшный торговый центр или путешествовать на страшном автобусе. Воздействие *in vivo* может дополнить офисную практику и домашнюю работу, выполняемую пациентом.

Тренинг релаксации. Пациент с генерализованной тревожностью может извлечь выгоду из тренировки релаксации, потому что реакция тревоги и реакция релаксации являются взаимоисключающими. Обучение релаксации может быть проведено в офисе, а затем практиковаться пациентом в качестве домашнего задания. Для релаксации можно приобрести готовые магнитофонные записи или терапевт может легко адаптировать их под конкретного пациента. Запись, сделанная терапевтом, может содержать имя пациента и фокусироваться на его конкретных симптомах. По мере необходимости, запись может быть изменена.

Домашняя работа. Домашняя работа, или работа по оказанию самопомощи, является важной частью когнитивно-поведенческой работы. Когда терапия заканчивается, независимо от количества сеансов, их направленности или целей терапии, все, что делает пациент, должно рассматриваться как домашняя работа. Если пациенты в ходе

терапии привыкнут к мысли, что они зависят от своих терапевтов и сеансов терапии, вместо того, чтобы эффективно приобретать новые специфические навыки, то их терапия должна будет продолжаться до бесконечности. Однако если пациенты приобрели базовые навыки, необходимые для эффективного совладания, то они, скорее всего, смогут справляться со своими проблемами более эффективно. Домашняя работа является ключевым компонентом терапевтических изменений и имеет ряд положительных эффектов:

Домашнее задание увеличивает время терапевтического контакта. Вместо того чтобы проводить терапию в течение одного или двух часов в неделю, внесессионная активность позволяет пациентам участвовать в терапевтических мероприятиях в течение стольких часов дня или дней недели, сколько они выберут.

- Домашнее задание дает терапевту возможность оценить уровень мотивации пациента. Если пациент мотивирован к переменам, то домашнее задание предоставляет арену для действий.

- Самопомощь дает пациентам возможность практиковать навыки, приобретенные в ходе сеансов. Сеанс можно трактовать как лекцию в колледже, в то время как домашнее задание – это лаборатория для тестирования новых идей, поведения или эмоций.

- Домашнее задание может быть использовано для создания ситуаций, которые позволяют пациентам проверить предположения, выявленные во время сеансов терапии.

- Домашнее задание дает возможность собрать данные, имеющие отношение к инсайтам, полученным в ходе сессий.

- Домашнее задание обеспечивает непрерывность терапии между сеансами, поэтому терапия перестает быть рядом дискретных моментов, а превращается в непрерывный набор переживаний.

- Проверая домашнее задание пациента, терапевт демонстрирует важность самопомощи и может показать его ценность для текущей терапии.

- Домашние задания могут вовлечь в терапию значимых людей из окружения пациента. Некоторые домашние задания могут включать в себя изучение того, как окружающие реагируют на пациента. Накопление этих наблюдений может оказаться полезным.

- Домашняя работа очень важна для предотвращения рецидива заболевания. В конце концов, когда терапия заканчивается, все, что делает пациент, – это домашняя работа или самопомощь.

Домашнюю работу необходимо вводить на самых ранних стадиях терапевтического сотрудничества. Парадоксально, но проблемные аффекты и поведение, которые расстраивают и ослабляют пациентов в повседневной жизни и побуждают их прибегать к лечению, часто становятся теми же самыми препятствиями для терапевтических вмешательств, которые могли бы облегчить их страдания. Невыполнение домашних заданий коррелирует с преждевременным прекращением лечения.

У пациентов, которые более охотно пробуют новые стратегии преодоления личных проблем до начала лечения, более активно включаются в процесс лечения и проводят терапию за пределами процедурного кабинета, наблюдаются относительно большие клинические улучшения. Удивительно, но хотя было обнаружено, что готовность лишь незначительно коррелирует с фактическим выполнением домашних заданий между сеансами, как готовность, так и выполнение домашних заданий, по-видимому, вносят отдельный вклад в смягчение депрессии. Бернс и Нолен-Хуксема (1991) предположили, что высокая готовность заниматься домашней работой может отражать повышенную мотивацию и общий набор кооперативных реакций, указывающих на то, что эти пациенты будут более охотно выражать свои чувства открыто, последовательно принимать лекарства или заниматься самоанализом.

Домашняя работа дает возможность терапевту и пациенту совместно достичь наиболее желаемых целей лечения и повысить мотивацию пациента к активному участию в этом процессе. Таким образом, если пациенты не выполняют домашние задания или выражают низкую готовность опробовать новые навыки, жизненно важно выявить у них мешающие домашней работе убеждения. Представляя убедительное обоснование того, в какой степени каждое домашнее задание имеет отношение к целям лечения пациента, терапевт может повысить как значимость целей, так и вероятность выполнения домашнего задания.

Очень важно осмыслить каждое совместно разработанное домашнее задание как позитивный шаг на пути к улучшению социальных

навыков, повышению настроения, снижению тревожности и другим желательным целям. Следовательно, обучение пациентов тому, как справляться с тревогой и терпеть фрустрацию, должно уменьшить испытываемый ими дискомфорт, обеспечить генерализацию навыков и предотвратить необдуманное прекращение лечения. Когнитивная переработка и градуированные задания могут помочь уменьшить искажение когнитивных установок пациента, мешающих выполнению домашних заданий. Повышение эмоциональной выносливости и тренировка социальных навыков также помогут преодолеть избегание домашней работы.

При выборе домашних заданий терапевт должен учитывать способности пациента и его готовность к изменениям; например, необходимо учитывать восприятие пациентом проблемы и его мотивацию, терпение, коммуникативные навыки и даже умение читать или писать. Предоставление пациентам возможности выбирать задания, эквивалентные их способностям, может повысить ответственность пациента, его приверженность к выполнению домашней работы. Предложение пациенту выбора способов и времени выполнения заданий может привести к тому же результату.

Когда домашнее задание выбрано, когнитивная или поведенческая репетиция в ходе сессии может помочь сформировать у пациента адаптивные навыки, увеличить вероятность выполнения домашнего задания и осветить любые потенциальные препятствия к выполнению задания. Кроме того, терапевт может попросить пациента оценить, насколько он уверен в том, что сможет справиться с домашней работой по шкале от 1 до 100. Если пациент выказывает низкую уверенность, терапевт может разобрать ожидаемые пациентом препятствия и тут же устранить их. Эти препятствия могут включать в себя тревожные убеждения, когнитивное и эмоциональное избегание, а также более реалистичные проблемы, такие как ошибки планирования времени, плохая погода или отсутствие транспорта. Устранение каждого препятствия может стать самым ценным шротом¹ терапевтической мельницы. Чтобы повысить мотивацию и уменьшить перфекционизм, каждая задача может быть сформулирована как эксперимент для проверки

¹ Шрот – концентрированный корм; побочный продукт маслоэкстракционного производства.

убеждений, практических навыков или поиска когнитивных и других препятствий для достижения цели. Домашняя работа – это беспроигрышное со всех сторон предложение: либо пациенты переходят к следующему сеансу, выполнив домашнее задание, либо, не выполнив задания, они определяют препятствия, мешающие их прогрессу.

Независимо от задачи, домашние задания должны быть конкретными, обучающими навыкам, проверяющими гипотезы. Суть домашней работы состоит в том, чтобы пациенты исследовали и проверяли конкретные убеждения и практиковали навыки проверки гипотез в конкретных упражнениях в ходе сеанса и между сеансами. Для назначения и отработки домашнего задания служат рабочие тетради пациентов с сопутствующими замечаниями терапевта.

Прежде чем предпринимать какое-либо вмешательство, терапевт должен объяснить пациенту его причину, цель и потенциальные выгоды, которые можно извлечь из вмешательства. Домашнее задание должно выглядеть как беспроигрышная ситуация. Пациент осваивает новые адаптивные навыки, решает неприятные проблемы или обнаруживает препятствия, которые затем становятся предметом внимания следующего сеанса. Разумно использовать социальную поддержку со стороны значимых людей в собственном окружении пациента. Поддержка должна усилить влияние общественности, способствовать практической работе пациента между сессиями, помогать ему в управлении чрезвычайными ситуациями/в позитивном подкреплении и предотвращать непреднамеренный саботаж усилий пациентов со стороны окружающих.

Пациентам может быть рекомендовано использовать позитивные ярлыки для подкрепления надежд на исцеление и достижения согласия с окружающими; например, после успешного выполнения домашнего задания по контролю своих импульсов пациенты с пограничным расстройством личности (ПРЛ) могут отметить себя званием «внимательного».

Оптимально, если репетиция поведения и тренировка навыков происходят в ситуациях, аналогичных тем, в которых эти навыки будут использоваться. Как репетиция поведения, так и скрытая репетиция являются элегантными средствами повышения мотивации, поскольку они освещают и способствуют уменьшению количества препятствий

для изменения и предоставляют терапевту возможность сформировать желаемое поведение. Позитивное подкрепление терапевта может быть особенно мощным в обучении, формировании и закреплении адаптивного поведения для людей, таких как пациенты с ПРЛ, воспитанных в карающей, недоброжелательной среде. Восприятие пациентом эмпатии терапевта коррелирует с мотивацией пациента и выполнением им домашних заданий.

Запись нефункциональных мыслей и методика нисходящей стрелки¹ также являются полезными домашними заданиями, которые могут быть использованы для выявления и модификации активированной схемы, порождающей негативные когнитивные реакции и высокие уровни аффекта и вины. Это делает домашнее задание идеальным методом для генерации и проверки гипотез, связанных со схемой. Дефицит навыков должен разрешаться с помощью специальной профессиональной подготовки.

Клинический случай

Тамара (40 лет) была направлена на терапию своим лечащим врачом в первую очередь из-за проблем с «гневом». Она сообщила, что они с мужем Стивом (43 года) часто спорят и в результате начинают кричать и хлопать дверями. Они женаты 7 лет, оба состояли во втором браке, так как их первые браки закончились разводом. Тамара до этого была замужем 5 лет, Стив 8 лет был женат. От предыдущих браков детей у них не было. У них двое общих детей в возрасте 5 лет (сын) и 4 лет (дочь). Стив имел независимую практику бухгалтера, а Тамара была социальным работником.

¹ Перед началом работы по методике терапевту необходимо собрать некоторое число автоматических мыслей пациента и выбрать из них те, которые базируются на одном и том же убеждении. Предъявляя автоматические мысли пациенту, терапевт просит его объяснить, что они означают для него или применительно к нему самому. Также можно предположить, что автоматическая мысль истинна, и попросить пациента объяснить, что она означает для него. Достаточно часто ответом на вопрос может послужить новая автоматическая мысль или аффективная реакция. Терапевт в ходе диалога может ориентироваться на резкое ухудшение эмоционального состояния пациента или повторение одного и того же ответа. Это свидетельствуют в пользу того, что убеждение было озвучено.

Как и положено, после первичного приема работник приемного отделения проконсультировался с директором клиники относительно диагноза и возможных рекомендаций по лечению. Приемный работник предложил предварительный диагноз параноидальное расстройство личности с признаками пограничного расстройства. Когда его спросили, на каком основании был поставлен этот довольно серьезный диагноз, работник приемного отделения подробно описал следующее:

- Тамара постоянно ожидала неминуемых нападений и часто заранее готовилась предотвратить нападения со стороны своего мужа и других людей.

- Тамара была очень проницательна. Она интенсивно расспрашивала интервьюера о конфиденциальности, доступе к ее записям, о том, кто может получить записи и отчеты, что записывает интервьюер, может ли она видеть записи интервью и почему интервьюеру нужно поговорить с директором клиники.

- Она отказалась отвечать на несколько вопросов.
- Она отказалась заполнить опросник депрессии Бека¹.
- Она отказывалась обсуждать даже возможность совместных занятий со Стивом.

- Она была обеспокоена тем, что сообщения о ее лечении пойдут в службу защиты детей и что у нее могут забрать ее детей.

- Она сказала, что ее коллеги «добрались» до нее.

- Она заявила, что ее окружает несправедливость.

Когда директор клиники, как и положено по протоколу приема, встретился с Тамарой, было отмечено и обсуждено несколько моментов. Во-первых, у Тамары был отчетливый акцент. Когда ее спросили, откуда она родом, она ответила, что из Израиля. Она служила в Армии обороны Израиля и служила в подразделении, которое часто подвергалось обстрелам из минометов и гранатометов. Она выросла в кибуце на границе с Ливаном и почти ежедневно слышала сирены

¹ Шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory) предложена А. Беком и разработана на основе клинических наблюдений, позволивших выявить набор наиболее релевантных и значимых симптомов депрессии и наиболее часто предъявляемых пациентами жалоб. После соотнесения этого списка с клиническими описаниями депрессии был разработан опросник, включающий в себя 21 категорию симптомов и жалоб, на основании которых диагностируется степень депрессии.

воздушной тревоги, предупреждающие жителей кибуца о готовящемся нападении. Сирена означала, что дети должны были искать укрытия в бункерах, пока взрослые отражали нападение. Часто кибуц подвергался нападению партизан, вооруженных автоматическим оружием. Хотя Тамара никогда не была ранена ни будучи ребенком, ни когда служила солдатом, она была очень восприимчива к любому потенциальному нападению.

Она познакомилась со Стивом после того, как переехала в Соединенные Штаты в возрасте 30 лет. Хотя Стив физически никогда не нападал на нее, они вступали в значительные словесные перепалки даже в самом начале отношений. Он утверждал, что «мужественная» и «серьезная» жизненная позиция Тамары были двумя вещами, которые привлекали его в ней. Было ясно, что ранняя схема Тамары в части касающейся потенциальной опасности, неизбежного нападения, беспомощности ребенка перед этими нападениями, потребности в самодостаточности и поддержании образа мышления, необходимого для постоянного выживания, а также чувствительности к любой критике – все это теперь не только не служило обеспечению ее безопасности, но и изолировало ее от мужа, детей и коллег и затрудняло приобретение и сохранение друзей. Терапия была сосредоточена на объяснении ей ее схемы и проверке потребности в ней в той крайней форме, которую она сейчас приняла. Реконструкция и модификация схемы были использованы для того, чтобы переместить Тамару из паттерна «мир – опасное место, поэтому человек должен атаковать, прежде чем на него нападут» в паттерн «мир может быть опасным местом, и человек должен быть готов ко всему». Эта позиция, которая вначале смутила Тамару, но после проведения анализа затрат и выгод (преимущества против недостатков) она признала, что это имеет смысл и уменьшит конфликт в семье. Она также согласилась на парную терапию после 21 сеанса индивидуальной КПТ.

Итог

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) – это многогранная модель лечения широкого спектра эмоциональных расстройств, которая является активной, мотивационной, директивной, совместной, дина-

мичной, проблемно-ориентированной и ориентированной на решение. Она имеет акцент на «здесь и сейчас» и является психоэмоциональной, структурированной, ограниченной по времени, предписывающей, культурно релевантной, эмпирически поддерживаемой, когнитивно целесообразной, интегративной и основанной на односессиионной модели лечения. Благодаря этим свойствам КПТ стала методом, выбираемым для лечения широкого спектра психологических расстройств и групп пациентов. Он практикуется во всех клинических условиях и применяется к каждому варианту терапии. Своевременная помощь военнослужащим до и после разворачивания может оказать положительное влияние на этих людей, их семьи, их близких и наше общество в целом. Они уже заплатили высокую цену, им не придется платить больше.

Источники, на которые ссылаются авторы

Burns, D., & Nolen-Hoeksema, S. (1991). Coping styles, homework compliance, and the effectiveness of cognitive-behavioral therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59(2), 305–311.

Campbell, D. (1989). Being mechanistic/materialistic/realistic about the process of knowing. Canadian Psychology/Psychologie Canadienne, 30(2), 184–185.

Freeman, A., Stone, M., & Martin, D. (2005). Similarities and differences in treatment modalities. In A. Freeman, M. H. Stone, & D. Martin (Eds.), Comparative treatments for borderline personality disorder (pp. 259–287). New York: Springer.

Layden, M., Newman, C., Freeman, A., & Morse, S. (1993). Cognitive therapy of borderline personality disorder. Needham Heights, ma: Allyn & Bacon.

Newman, C., & Beck, A. (1990). Cognitive therapy of affective disorders. In B. B. Wolman & G. Stricker (eds.), Depressive disorders: facts, theories, and treatment methods (pp. 343–367). New York: John Wiley & Sons.

Nigro, C. (2007). Formal operational thinking with adults: testing the Piagetian model (Jean Piaget). Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 67(9-B), 5446.

Г л а в а 5

СКАНИРОВАНИЕ ОПАСНОСТИ: АДАПТАЦИЯ К НЕБОЕВОЙ СРЕДЕ

Введение

В зонах военных действий военнослужащие не только подвергаются риску травматических переживаний, угрожающим их жизни, но и должны поддерживать высокий уровень боевой готовности, тревоги и возбуждения. Последнее особенно верно в контексте партизанских войн, например, в Ираке и Афганистане, где гражданские лица и комбатанты часто неразличимы, а скрытая агрессия, такая как саботаж и терроризм, является повсеместной. Длительное пребывание в опасных и неопределенных условиях может привести не только к острым симптомам связанного с боевыми действиями посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и острого стрессового расстройства (ОСР), но и к стойким изменениям в привычках, образе жизни, стиле и способах общения с другими людьми и в привычном режиме сна и отдыха, питания и правилах гигиены.

В суровом и требовательном мире боевой обстановки возникновение симптомов ПТСР, изменений в поведении и манерах, представляют собой профессиональный риск. Хотя у большинства ветеранов боевых действий не развивается ПТСР или другие поведенческие проблемы, связанные с плохой адаптацией к службе в гарнизоне и жизни за его пределами, никто не обладает полным иммунитетом; все должны адаптироваться, реинтегрироваться и медленно восстанавливать свой репертуар навыков добоевой жизни, чтобы вернуться к прежнему состоянию.

Близкие, опекуны, коллеги и друзья могут свидетельствовать об изменениях в поведении, связанных с развертыванием. Представьте себе солдата – назовем его Ар-Джей¹ – 22-летнего мужчину, который

¹ В оригинале RJ (англ. Registered Jack – зарегистрированный Джек) – стандартизированный физический сетевой интерфейс в разговорном русском языке на-

ездит в подвергающихся опасности автоколоннах и патрулирует переполненные городские центры в красной зоне. В течение 12-месячного срока развертывания он почти ежедневно подвергается опасности. Не раз придорожные фугасы уничтожали транспортные средства в его колонне, и хотя сам он никогда не был ранен, он постоянно боится, что следующий фугас разорвет его собственный автомобиль. Он учится быть настороже к предупреждающим знакам на обочине дороги, свидетельствующим о самодельных взрывных устройствах, и он учится держаться подальше от людей в городе, которые могут оказаться террористами-смертниками. Эти рефлексy выживания подкрепляются военной культурой, в которой начальство постоянно твердит: «Ослабишь бдительность – умрешь».

А теперь верните этого солдата домой, в его безопасную пригородную общину в Соединенных Штатах, где он должен вернуться к своим ролям, обязанностям и отношениям, которые когда-то были частью его прежнего образа жизни. Понятно, что после многих месяцев боевых действий и угроз жизни в условиях неопределенности многим военнослужащим трудно отключать высокий уровень настороженности. В течение некоторого времени даже самые стойкие военные могут оказаться неспособными избавиться от защитных рефлексов, столь уместных в зоне военных действий. При виде подозрительного мусора на обочине дороги в своем пригородном районе, сердце Ар-Джея начинает бешено колотиться, и он непроизвольно пригибается и отворачивает свой автомобиль. Хотя для большинства людей это безобидный диван, выброшенный в день сбора мусора, Ар-Джей реагирует на него так же, как и в Ираке.

Сверхнастороженность, сверхнапряженность (гипервизия) – естественная реакция на боевые условия; подобные проблемы наблюдались у воинов на протяжении многих поколений. Проблемы адаптации, связанные с боевыми действиями, были задокументированы еще в XIX веке, хотя тогда они носили другие названия. Во время Англо-бур-

ываемый «папа-мама». В разговорном английском так называют шекспировских Ромео и Джульетту. В этой аббревиатуре с одной стороны иронично обыгрываются семейные проблемы американского солдата, с другой – RJ противопоставляется широко известной сленговой аббревиатуре GI (англ. Government Issues – военного образца), нарицательному имени американских военных.

ской войны солдатам ставился диагноз «нервный шок», который включал функциональные соматические симптомы, такие как боль в голове, шее, спине и конечностях, общая слабость, тремор и беспокойство. Во время Первой мировой войны термин «контузия» использовался для описания сходных симптомов со стороны нервной и сердечно-сосудистой системы у большого числа психически больных. Высокие показатели психиатрических потерь во время Второй мировой войны стимулировали разработку концепции боевого психического расстройства (combat-related psychiatric illness), связанного с боевыми действиями, основанного на наблюдаемых корреляциях между интенсивностью боевых действий и силой боевого воздействия, с одной стороны, и показателями психологического дистресса – с другой. Психиатры и врачи начали искать поддающиеся измерению причины этой «боевой усталости» или «боевого истощения», как их тогда называли.

После Вьетнамской войны боевое расстройство, концептуализируемое как «посттравматическое стрессовое расстройство», вошло в нозологию¹ в 1980 году, претерпев дальнейшие изменения в 1990 и 1994 годах. В настоящее время считается, что ПТСР состоит из четырех основных групп симптомов: повторное переживание, гипервозбуждение, избегание и эмоциональное бесчувствие (онемение). ПТСР также ассоциируется со значительными уровнями психосоциальных нарушений, проблемами со сном и управлением гневом. В 1994 году острое стрессовое расстройство (ОСР) было внесено в DSM-IV-R² для фиксации неадаптивных посттравматических реакций, возникающих в течение от 2 до 30 дней после травматического события. Диагностические критерии ОСР в значительной степени совпадают с ПТСР и фокусируются на повторном переживании, гипервозбуждении и избегании, но также подчеркивают роль ранних диссоциативных симптомов с последующей дезадаптацией.

¹ Нозоло́гия (от др.-греч. νόσος – «болезнь» и λόγος – «слово, учение») – учение о болезнях.

² DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders IV – диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам IV издания) – использовавшаяся в США с 1994 по 2000 год многоосевая нозологическая система. Разрабатывалась и публиковалась Американской психиатрической ассоциацией (АПА)

Сохраняющиеся проблемы, связанные с боевыми действиями, несмотря на изменения в методах ведения войны, побуждают к разработке более тонких моделей послебоевой перестройки. Возникновение серьезных проблем у военнослужащих, развернутых в нетрадиционных боевых условиях, таких как миротворческие миссии, война во Вьетнаме, война в Персидском заливе и текущие конфликты в Ираке и Афганистане, поставило перед исследователями задачу поиска новых факторов, связанных с развертыванием, которые могли бы объяснить сущность риска и стрессоустойчивости. Например, воспринимаемые угрозы нанесения телесных повреждений во время развертывания или «недоброжелательное окружение» могут быть мощными детерминантами психопатологии, связанной с боевыми действиями, даже при отсутствии отдельных травматических переживаний.

Сегодня мы понимаем, что поведенческая, когнитивная, социальная и биологическая трансформация, происходящая в результате длительного воздействия боевых условий, не сводится к одному конструкту, синдрому или предсказуемому курсу для всех военнослужащих. Только у 6,2–12,9% военнослужащих, подвергшихся воздействию факторов боя в Ираке или Афганистане, развилось ПТСР, и было обнаружено, что траектории послебоевой корректировки сильно различаются. Более раннее представление о модели доза-реакция в посттравматической адаптации было заменено моделью уязвимость-стресс, которая рассматривает травматическое воздействие как необходимое, но ни в коем случае не достаточное условие возникновения расстройства.

Современные исследования травматизма выявили многочисленные индивидуальные отличительные особенности, влияющие на послебоевой результат. Например, генетическая предрасположенность, особенности личности, способность справляться с трудностями и социальная поддержка влияют на адаптацию к бою и жизнь после боя. В этой связи также признают, что боевая травма уникальна, поскольку она обычно влечет за собой не только угрозу жизни, но и травматические потери и вызовы моральным убеждениям, возникающие в результате различных актов действия и бездействия или свидетельствующие о кровопролитии и проявлении человеческого зла. Другими словами, борьба – это не просто ужас перед угрозой уничтожения; горе, печаль, тоска, стыд или вина могут доминировать или сильно окрашивать опыт

развертывания и адаптацию после развертывания. Тем не менее приоритет жестко запрограммированных структурных реакций на угрозы жизни позволяет с уверенностью предположить, что для многих людей связанные с опасностью поведенческие репертуары и обычаи функционально преобладают как в зоне боевых действий, так и за ее пределами.

В этой главе мы сосредоточимся на проблемах гипервизии, связанных с боевыми действиями, которые включают в себя чрезмерную напряженность (например, сканирование окружающей среды на предмет угроз, сон с пистолетом под подушкой) и склонность реагировать так, будто угрозы неизбежны в любой обстановке (например, привычка реагировать оборонительно, когда вы испуганы). Эти проблемы обычно связаны с определенными поведенческими и когнитивными реакциями (например, раздражительность, беспокойство, нарушение концентрации внимания). Гипервизия также имеет заметные физиологические сопутствующие факторы, включая повышенный уровень возбудимости (гипервозбудимость) и гормонов стресса, а также сильный рефлекс испуга. Гипервизия может быть неосознанной; поскольку настороженность перед лицом опасности эволюционно запрограммирована, она может стать привычной в ходе развертывания, военнослужащие и после перевода в место постоянной дислокации могут продолжать действовать чрезмерно настороженно, не отдавая себе в этом отчета. Гипервизия также может быть преднамеренной; военнослужащие могут выработать стратегию уменьшения возможного вреда себе и своим близким. Хронические проблемы гипервизии могут также вдохновлять на применение неадаптивных стратегий совладания, таких как избегание ситуаций, напоминающих зону военных действий (например, вождение автомобиля, нахождение в многолюдных местах).

Поскольку элементы гипервизии напоминают симптомы ПТСР (навязчивые мысли, гипервозбудимость и избегание), гипервизия может указывать на наличие ПТСР; однако даже при отсутствии ПТСР гипервизия может служить воротами к другим формам посттравматического дистресса. Тяжелая гипервозбудимость ассоциируется с симптомами повторного переживания и симптомами эмоционального бесчувствия. Другие проблемы, связанные с гипервозбудимостью, включают депрессию, диссоциацию и нарушения сна. Кроме того,

военнослужащие с выраженной гипертормозимостью предрасположены к агрессивному поведению и злоупотреблению психоактивными веществами, возможно, в форме самолечения.

Таким образом, лечение проблем возбуждения и гипервизии может предотвратить многие формы связанных с боем посттравматических трудностей адаптации. К счастью, возбудимость и гипервизия без труда исцеляются. В следующих разделах мы обобщим теоретические основы, которые иллюстрируют, как послебоевая гипервизия приводит к возникновению широкого спектра трудностей. Далее мы рассмотрим темы, относящиеся к профилактике ПТСР, связанного с боевыми действиями, препятствий в деле ухода за военнослужащими и эффективности существующих методов лечения гипервизии. Наконец, мы предлагаем рекомендации для клиницистов, работающих с возвращающимися военнослужащими, и рассматриваем некоторые направления будущих исследований и клинической работы.

Теоретические воззрения на гипервизию

Поведенческие модели, основанные на классических принципах и принципах оперантного обусловливания, полученные в результате исследований на животных, скупко трактуют феномены, связанные с гипервизией. Теория двухфакторного научения Маурера (1956) иллюстрирует, как стимулы, связанные с травматическим событием, могут приобретать свойства, вызывающие страх. Страх может обобщаться через обусловливание более высокого порядка, так что более широкий спектр стимулов приобретает те же самые страхообразующие свойства, что приводит к сохранению гипервизии в различных контекстах после воздействия травмы. Второй фактор в модели Маурера демонстрирует, как реакции страха и гипервизии (а также избегающее поведение) могут стать привычными; каждый раз, когда избегание вызывающих страх стимулов приносит облегчение, избегающее поведение подкрепляется, и человек не может понять, что обусловленные сигналы не вредны, что приводит к поддержанию обусловленного страхом поведения.

Модель обусловливания особенно важна для понимания послебоевой гипервизии. В отличие от других типов травм, связанных с событи-

ем, действующим изолированно, боевое воздействие при длительном развертывании происходит в недоброжелательных средах, которые предоставляют широкие возможности для формирования условий травмирующих событий. Многократное сочетание воздействия электрошока со звуком колокольчика научит собаку ожидать удара током в любой момент, когда она услышит звонок. Точно так же повторные самоподрывы смертников в переполненных торговых центрах Ирака научили бы нашего солдата Ар-Джея ассоциировать такие переполненные места с угрозами взрыва бомбы-смертника. В результате он научится быть начеку и сканировать помещения на наличие потенциальных повстанцев при входе в людное место. По возвращении домой его страх может распространиться на другие людные места, где к нему могут подойти сзади, такие как торговые центры, кинотеатры или общественные собрания, и он может рефлекторно чувствовать себя неловко рядом с людьми в мешковатой одежде, которая, по его мнению, может скрывать бомбу. Обусловленность более высокого порядка может иметь место, когда Ар-Джей научится бояться не только взрывов бомб, но и самого опыта гипервизии. Он может начать избегать любых ситуаций, которые могут вызвать повышенную бдительность. Каждый раз, когда его избегание приносит облегчение, стратегия такого поведения укореняется, и неспособность оспорить поведенческую ассоциацию между стимулом и эмоцией страха будет служить усилению гипервизионной реакции.

Ар-Джей может быть обусловлен страхом от своего развертывания, даже если он никогда не испытывал прямой угрозы жизни. Сама окружающая среда настолько изменчива и настолько пронизана нестабильностью и неминуемой угрозой, что военнослужащие постоянно находятся на взводе и на грани срыва. Опосредованное обусловливание, или выработка страха, связанного с определенными стимулами, посредством наблюдения за реакциями испуга у других людей, может быть распространено в условиях развертывания. Молва в подразделении, воспитание начальниками и наблюдение за чужим невезением – все это служит опосредованному обусловливанию военнослужащих, и не без оснований. Когда на карту поставлены человеческие жизни, военнослужащие учатся распознавать сигналы опасности по опыту других людей, прежде чем столкнуться с ними самим.

Модель обусловливания по-прежнему хорошо освещает проблемы, связанные с научением страху и избеганию, но ее критикуют за чрезмерную упрощенность объяснения индивидуальных различий в этиологии и течении патологии, связанной со страхом. Современные теоретики научения (Mineka & Zinbarg, 2006) рассматривают этот недостаток в своем обзоре новых исследований, указывающих, что научение страху опосредовано генетическими переменными (например, отличиями в гене переносчике серотонина) и личностными переменными (например, повышенной тревожностью), а также пре-, пери- и посттравматическими оценками. Предварительные оценки конкретного стимула как безвредного и неопасного могут ослабить обусловленность страха, которая возникнет во время будущего потенциально травматического опыта с этим стимулом. Перитравматические оценки, такие как чувство беспомощности, были связаны с развитием более тяжелой ПТСР годами позже травмирующего события. Посттравматическая переоценка опасности стимула и частая мысленная репетиция пары стимул-травма, которая может произойти во время повторного переживания, могут увеличивать силу обусловливания страха. Эти новые модификации традиционной модели дают многообещающие результаты для разработки инновационных терапевтических вмешательств после стрессовых событий.

Биологические исследования, иллюстрируя последствия травмы для тела и мозга, помогают понять общую картину возникновения долговременного психического расстройства вследствие гипервизии. Во время травматических переживаний быстрое высвобождение адреналина и норадреналина мобилизует реакцию «дерись или беги», что приводит к увеличению частоты сердечных сокращений и мышечного напряжения. У военнослужащих, подверженных гипервизии, тело остается в этом активированном, наполненном страхом состоянии, даже когда опасности больше нет. Когда они сталкиваются с напоминаниями о своем травматическом опыте или другими стимулами, вызывающими страх, возбуждение резко возрастает. Люди с ПТСР, например, имеют увеличенную частоту сердечных сокращений и повышенное кровяное давление даже в состоянии покоя, а также у них повышается мышечное напряжение и наблюдается реакция испуга в ответ на сигналы, связанные с травмой.

Со временем повышенное физиологическое возбуждение может привести к повреждению мозга и нервной системы, что может вылиться во всепроникающие поведенческие, эмоциональные и когнитивные проблемы. Вызывающие страх стимулы активируют нейронные сети в миндалевидном теле. При хронической гипервизии эти участки мозга могут стать гиперактивными, ослабляя аффективную модуляцию [когнитивных процессов]. Психологическая оценка ситуации игнорируется, и реакция «дерись или беги» может быть активирована немедленно. Когда аффективная модуляция нарушается, могут возникнуть значительные поведенческие проблемы. Например, гиперактивность нейронных сетей ответственна за агрессивное поведение ветеранов войны. Длительное гипервозбуждение также высвобождает каскад гормонов в гипоталамусе, гипофизе головного мозга и надпочечниках (гипоталамо-гипофизарно-адренокортикальная ось, ГГА), что приводит к повышенному уровню глюкокортикоидов – типа гормона стресса. Повышенный уровень этого гормона может привести к атрофии гиппокампа и, в долгосрочной перспективе, к повреждению префронтальной коры головного мозга, что может иметь серьезные последствия. Снижение объема гиппокампа наблюдалось у ветеранов боевых действий с хронической ПТСР, что приводило к проблемам с памятью. Повреждение префронтальной коры приводит к затруднению регуляции эмоций, контроля за нездоровыми мыслями и поведением, а также нарушению других исполнительных функций.

Когнитивные модели травмы были разработаны для объяснения гипервозбудимости и гипервизии. Согласно моделям обработки информации посттравматической патологии, военнослужащие могут по существу застрять, оценивая мир через призму боя. Модели обработки информации предполагают, что травматические переживания активируют когнитивные сети, связывающие контекстуальные элементы места события с физиологическим возбуждением, аффективными состояниями, связанными со страхом, защитным/избегающим поведением и эмоциями, мыслями или интерпретациями, связанными с событием. Поскольку эти когнитивные узлы активируются параллельно с течением травматического события, последующая память о событии кодируется в сетях ассоциаций. У военнослужащих, страдающих гипервизией, стимулы, связанные с травмой, автоматически запускают

когнитивную сеть связанных с травмой реакций, перекрывая деятельность других сетей, которые могли бы произвести здоровые реакции, такие как положительные эмоции или способы поведения. Сети страха могут оставаться слабо активированными и могут направлять интерпретации событий мирной жизни.

Другими словами, травматические переживания потенциально могут зафиксировать хронически активируемые когнитивные сети, которые, выполняя защитную функцию во время истинной опасности, имеют тенденцию стать неадаптивными в нормальных условиях; например, переживание взрыва на переполненном багдадском рынке может установить сильную ментальную ассоциацию между людными местами, фактом нападения, страхом и физиологическими реакциями на страх. После перемещения в места постоянной дислокации, поход военнослужащего в людное место, такое как торговый центр, может активировать эту сеть, вызывая переживание страха, связанные с ним физиологические реакции и мысль о том, что в толпе может находиться кто-то, представляющий опасность. Даже активация представления о переполненном людьми месте может привести к активации сети страха. Активация таких когнитивных сетей может быть настолько неприятной для человека, что может привести к привыканию к выбору неадаптивных стратегий совладания; в этом случае Ар-Джей может начать стремиться остаться дома, чтобы избежать многолюдных мест, что может помешать его способности ходить на работу, общаться и удовлетворять повседневные потребности. В качестве альтернативы он может начать чрезмерно пить или злоупотреблять наркотиками, чтобы притупить эмоции или отвлечься от эмоционального и физиологического расстройства, активируемого сетью страха.

Другие когнитивные модели травмы учитывают знания и память, которые имеют место на более высоких уровнях когнитивной обработки и в более длительные периоды времени. В то время как представление об обработке информации обращается к автоматическим, более низким уровням обработки, связанным с вводом стимула в мозг, эти теории связаны с созданием смысла на концептуальном уровне. Модель эмоциональной обработки, предложенная Фoa и Ротбаумом (1998), предполагает, что воспоминания о травматических событиях остаются патологическими до тех пор, пока они находятся в противо-

речи с представлениями индивида о себе и мире (например, о себе как о компетентном и мире как безопасном). Оценки, которые происходят после травмы – о самом событии, о собственных реакциях и симптомах индивида, а также о реакциях других людей – могут взаимодействовать с предшествующими схемами самости и мира, приводя к негативным результатам.

Элерс и Кларк (2000) расширили эту модель, предположив, что оценка себя как неспособного что-либо изменить в собственной судьбе и уязвимого для опасности в настоящем (состояние ума, которое они называют «психологическим поражением») может быть особенно вредным для посттравматических состояний. В соответствии с этим предсказанием было обнаружено, что чувство психологического поражения у политзаключенного уже через 4 месяца после окончания заключения, сопровождающегося травмой, обещает более тяжелую форму ПТСР. Элерс и Кларк (2000) далее предполагают, что травматические воспоминания связаны с неудачей их интеграции в самосознание человека, которое контекстуализировало бы и связывало их в пределах временных рамок. Для Ар-Джея человеческие страдания и кровопролитие, свидетелем которых он стал во время развертывания, могут нарушить его прежние представления о мире, который перестал быть безопасным местом, населенным нравственными людьми, а превратился скорее в опасное место, полное людей, которым нельзя доверять. Или, возможно, Ар-Джей пытался помочь оказать помощь умирающему среди обломков приятелю, но его неспособность спасти жизнь своего товарища заставила его постоянно чувствовать себя беспомощным и побежденным. Оба переживания усиливают его чувство уязвимости в повседневных ситуациях, приводя к усилению гипервизии и гипертвуждимости, а затем и к избеганию.

Теорию двойного кодирования можно рассматривать как брачный союз между теорией обработки информации и когнитивными моделями, рассмотренными выше. Эта теория предполагает наличие двух подсистем памяти, которые могут оказывать как прямое, так и косвенное воздействие на сознательный опыт. Одна подсистема связана с воспоминаниями, которые были сознательно обработаны, могут быть представлены в личном временном контексте и доступны для преднамеренного извлечения и письменного или устного декламирования.

Эти доступные вербализации воспоминания (ДВВ) (verbally accessible memories) включают первичные эмоции (те, которые имели место во время травматического события) и вторичные эмоции (те, которые испытывались после этого события). Вторая подсистема памяти связана с воспоминаниями, обрабатываемыми непроизвольно на более низких уровнях сознания, как, например, флэшбэки¹, не имеющими вербального кода, с помощью которого они могут быть переданы. Эти ситуационно доступные воспоминания (СДВ) (situationally accessible memories) хранятся в ассоциативных сетях, таких как те, которые предполагают теории обработки информации, включающих вызывающие страх стимулы, первичные эмоции и телесные реакции. Согласно этой теории, у Ар-Джея могут быть сильные СДВ конкретного случая подрыва бомбы [смертником]. Эти СДВ проявляют себя как сильные телесные переживания страха, испытанного им в то время; однако, когда он пытается пересказать этот опыт словами, его история может показаться бессвязной и лишенной повествовательной структуры, которая вплетала бы ее в ткань остальной его жизни.

Лечение гипервизии и профилактика ПТСР

Есть данные, свидетельствующие о том, что, когда посттравматические процессы, такие как гипервизия и гипервозбудимость, становятся привычными и хроническими, люди сталкиваются с риском возникновения пожизненных проблем и невосприимчивости к различным методам лечения. Следовательно, вторичная профилактика хронической ПТСР имеет решающее значение, и предоставление военным служащим помощи, в которой они нуждаются на раннем этапе, является критически важной задачей для министерства обороны и департамента по делам ветеранов. С этой целью исследователи и медицинские работники уделяют повышенное внимание разработке и применению методов лечения ПТСР на раннем этапе развития; однако для многих ветеранов

¹ Флэшбэк – невольное и непредсказуемое оживление травматического опыта через необычайно яркие воспоминания, длящиеся от нескольких секунд до нескольких часов, во время которых ветеранам кажется, что страшная реальность из прошлого вторгается в их настоящую жизнь. Границы между «той» и действительной реальностью стираются.

и военнослужащих интенсивность и изнурительный характер симптомов боевого стресса могут стать очевидными лишь по прошествии значительного времени. Ар-Джей может не осознавать, до какой степени он находится в состоянии гипервизии, пока не почувствует, что его переполняет страх, когда он впервые после возвращения из развертывания решит прокатиться по автостраде. Или, возможно, ему потребуется 6 месяцев, чтобы понять, что он еще не вернулся к нормальной жизни; это может привести к тому, что его друзья и родственники укажут ему, что он, похоже, избегает выходить из дома или продолжает вздрагивать от внезапных звуков, например, заво дящейся машины соседа.

Когда военнослужащий признает необходимость оказания ему помощи, возникает вопрос о выборе наиболее подходящей стратегии ухода за ним. В целом наиболее хорошо изучены и показали большую эффективность методы когнитивно-поведенческой терапии (КПТ). Доказательства, подтверждающие КПТ как эффективного лечения, побудили такие организации, как Международное общество по изучению травматического стресса и Американская психиатрическая ассоциация рекомендовать КПТ в качестве метода лечения ПТСР; однако в большинстве клинических случаев КПТ используется нерегулярно. Многие клиницисты, даже официально прошедшие обучение методам КПТ, полагаются на альтернативные методы лечения, эффективность которых подтверждается лишь незначительными доказательствами. Однако это несоответствие, по-видимому, не связано с недостаточным принятием КПТ пациентами; на самом деле, несколько исследований показали, что пациенты могут быть более восприимчивы к стратегиям КПТ в лечении ПТСР, чем это предполагает клиническая практика. Отсутствие профессиональной подготовки и опыта в области применения методов КПТ было названо препятствием для использования клиницистами этих методов лечения. Хотя на ход оказания медицинской помощи, несомненно, влияет целый ряд факторов, связанных с клиницистами и пациентами, крайне важно, чтобы клиницисты с ограниченным опытом работы в области КПТ искали возможности обучения, чтобы предложить полный спектр эффективных стратегий лечения ветеранам и военнослужащим. Важно также, чтобы эти усилия поддерживались и поощрялись учреждениями, с которыми связаны поставщики медицинских услуг.

Как было описано ранее, симптомы гипервизии и гипервозбудимости часто являются предвестниками хронических проблем даже при отсутствии полного набора симптомов ПТСР; поэтому предполагается, что сосредоточение внимания на лечении гипервозбудимости и гипервизии может быть наиболее эффективным для уменьшения общего дистресса. Некоторые люди могут испытывать исключительно эти реакции, но другие могут испытывать целый комплекс других проблем, таких как гнев, употребление психоактивных веществ или депрессия. Данные свидетельствуют о том, что лечение обеих групп пациентов должно быть направлено на устранение гипервизии и гипервозбуждения на ранних стадиях терапевтического процесса, чтобы уменьшить вероятность продолжающегося хронического дистресса; уменьшить интенсивность других симптомов; и облегчить процесс общего совладания.

Базовыми и наиболее широко используемыми инструментами для решения проблемы гипервозбудимости являются совокупность когнитивных и поведенческих техник, призванных помочь людям справиться со стрессом. Эти техники могут специализированно и эффективно воздействовать на симптомы гипервозбудимости, связанные с ПТСР, такие как бессонница, нервозность и раздражительность. Двумя наиболее распространенными техниками борьбы со стрессом являются глубокое дыхание и постепенное расслабление мышц. Обе они предназначены для подавления реакции «дерись или беги», чтобы помочь людям управлять реакциями, связанными с травмообусловленными пусковыми моментами. Глубокое дыхание и постепенное расслабление мышц переучивают тело спокойно реагировать на ранее вызывавшие страх стимулы, отделяя реакцию «дерись или беги» от неопасной ситуации. Техники глубокого дыхания используют медленное, глубокое, диафрагмальное дыхание, чтобы помочь уменьшить возбуждение. Прогрессирующее расслабление мышц способствует снижению напряжения в мышечных группах. Людей инструктируют, как изолировать группу мышц, увеличить напряжение в этой группе, а затем снять напряжение с мышцы. Систематически напрягая и расслабляя группы мышц или занимаясь глубоким дыханием, люди могут повысить свою физиологическую осведомленность о различиях между состояниями напряжения и расслабления и лучше замечать эти изменения внутри

тела и противостоять им. Изучение этих стратегий может помочь Ар-Джею оставаться спокойным после того, как он проехал мимо выброшенного дивана, упомянутого ранее. Когда он заметит изменения в своем дыхании, он может использовать свои навыки для замедления дыхания, что в конечном итоге приводит к увеличению релаксации и большей способности управлять реакциями на пусковые моменты памяти.

Техники управления стрессом могут быть особенно полезны военнослужащим при переходе к гражданской жизни. Многие военные имеют серьезные возражения в отношении обращения за психологической помощью. Управление стрессом часто более приемлемо, потому что оно фокусируется на конкретных навыках, которые способствуют выработке мастерства в оказании самопомощи, избегая при этом атрибутов психотерапии. Для того чтобы принести максимум пользы в трудные моменты, эти техники требуют тренировки и практики. Другими словами, они будут полезны только тогда, когда владение ими будут репетировать. Исходя из своего опыта военной подготовки, военнослужащие понимают важность постоянной практики, подготовки и развития навыков, поэтому акцент на дисциплинированное развитие навыков и мастерства в оказании самопомощи в рамках модели управления стрессом будет казаться им как знакомым, так и приемлемым. Управление стрессом также способствует повышению самоэффективности¹ или уверенности в способности справляться с трудностями и управлять собой. Хотя военная культура ценит товарищество и командную работу, боевые действия учат военнослужащих самодостаточности. Обучение навыкам управления стрессом может первоначально потребовать руководства со стороны внешнего источника, такого как консультант, но практика и применение этих навыков могут происходить в любом месте и полностью зависят от инициативы ветерана. Кроме того, поскольку ветераны могут изучать различные техники управления стрессом, наличие ряда взаимозаменяемых стратегий в неожиданных ситуациях согласуется с потребностью в самоэффективности.

¹ Самоэффективность – вера в эффективность собственных действий и ожидание успеха от их реализации, один из ключевых понятий социально-когнитивной теории научения Альберта Бандуры.

Техники управления стрессом могут быть полезны сами по себе, но они также часто представлены в сочетании с другими стратегиями лечения. Экспозиционная терапия основана на принципах обуславливания базового страха и его угасания. Экспозиционная терапия предписывает людям противостоять избегаемому стимулу, чтобы погасить обусловленную реакцию. Постоянно подвергая себя воздействию различных обусловленных стимулов, военнослужащие ослабляют (гасят) свои интенсивные эмоциональные реакции и возбуждение (обусловленную реакцию). В рамках стресс-инокуляционной терапии (тренинга «прививки против стресса») терапевты разрабатывают для пациентов иерархию постоянно усложняющихся задач. Дыхательные техники или другие стратегии управления стрессом обычно преподаются в начале лечения, чтобы дать людям инструменты для преодоления стресса, присущего каждой промежуточной конфронтации. Было показано, что экспозиционная терапия эффективна для уменьшения симптомов ПТСР, особенно гипервозбудимости и повторных переживаний.

Работая в рамках экспозиционной модели, Ар-Джей, возможно, пожелает побороть свой страх перед людными местами, чтобы он мог делать покупки в торговом центре в пиковые часы праздничных дней. Во-первых, он мог бы попытаться пойти на парковку торгового центра в нерабочее время. Хотя Ар-Джей может поначалу испытывать дискомфорт, сидя на парковке торгового центра, стратегии управления стрессом, усвоенные в начале процесса, теперь помогают ему пережить этот опыт. Как только он освоит первый шаг, он может бросить вызов самому себе, войдя в атриум торгового центра в нерабочий день. Постепенно Ар-Джей сможет закончить выработку поведения, которое приблизит его к конечной цели.

Хотя техники управления стрессом могут быть полезны, они могут не пригодиться для эффективного лечения посттравматической гипервозбудимости и повторного переживания. Пролонгированное подвержение [действию стрессора] (ППДС) (prolonged exposure) – это особая форма экспозиционной терапии, разработанная специально для лечения ПТСР. ППДС основывается на предпосылке, что именно память о травматическом событии вызывает симптомы ПТСР. Когда стимул напоминает о первоначальном травматическом событии, индивид мотивирован избегать этого стимула и, в свою очередь, помнить о нем. При

ППДС пациенты направляются терапевтом, чтобы мысленно пережить этот опыт как можно более ярко, повторяя повествование, описывая событие, без использования навыков управления стрессом. Со временем эмоциональная реакция пациента на повествование уменьшается, и он становится способен лучше противостоять безопасным, но в остальном вызывающим страх напоминаниям о травме. Подобно описанной выше экспозиционной терапии, ППДС предписывает людям противостоять избегаемому стимулу – в данном случае памяти о событии. При обоих типах воздействия повторяющийся процесс противостояния избегаемому стимулу в безопасной среде, например, на парковке торгового центра или в кабинете психотерапевта, постепенно порождает новый результат научения – ассоциацию между ранее вызывавшим страх стимулом и ощущением безопасности. Хотя большинство исследований ППДС сосредоточено на жертвах сексуального насилия, оно может также применяться к военнослужащим, возвращающимся с войны, которые борются с гиперчувствительностью, связанной с боевой травмой. Недавнее исследование женщин-ветеранов, которое сравнивало ППДС с современными методами лечения, направленными на решение текущих жизненных проблем как проявлений ПТСР, показало, что ППДС является более эффективным методом лечения симптомов ПТСР (Schnurr et al., 2007).

При ППДС-подходе Ар-Джей будет проинструктирован противостоять воспоминанию о патрулировании рынка. В течение нескольких сеансов он вновь переживал свой опыт службы в тот день, когда взорвалась бомба. Хотя сначала Ар-Джей испытывал сильный страх и отчаяние, когда рассказывал эту историю, со временем эти чувства ослабевали. Когда воспоминание о травматическом опыте больше не будет вызывать сильных эмоциональных реакций в терапевтической обстановке, он должен быть в состоянии противостоять «многолюдному торговому центру». К тому времени торговый центр уже не будет столь заметен в качестве средства, запускающего травмирующие воспоминания о патрулировании рынка, и Ар-Джей вряд ли будет испытывать там гипервизию и страдания.

Третья версия КПТ – терапия когнитивной переработки (ТКП) (cognitive processing therapy). ТКП сочетает в себе как когнитивный, так и экспонирующий компоненты и может проводиться в индивиду-

альном или групповом форматах. Подобно ППДС, ТКП предписывает людям создавать яркое повествование о травматическом опыте и повторять его до тех пор, пока оно не перестанет вызывать тревогу; однако добавляет еще один компонент, взятый из теории обработки информации, изложенной ранее. ТКП предполагает, что изменение значения травматического события изменит реакцию на воспоминание о нем, сделав его менее тревожным. В ТКП психотерапевты направляют пациентов на выявление схем конфликтов, неадаптивных убеждений или «точек застревания» и переосмысление воспоминаний и оценок, чтобы уменьшить значение этих форм конфликта. Благодаря этому процессу, убеждения индивида приспосабливаются к новому опыту здоровым и адаптивным образом, и страдание уменьшается. Недавнее исследование эффективности ТКП, проведенное на ветеранах, показало, что по сравнению с ожидающими своей очереди на лечение ветеранами, ветераны, получающие ТКП, испытывали значительное улучшение симптомов ПТСР (Monson et al., 2006).

При прохождении терапии когнитивной переработки Ар-Джею будет поручено написать подробный рассказ о взрыве смертника, который убил его приятеля, включая мысли и чувства, которые он испытал во время этого события. С помощью психотерапевта он выявит когнитивные искажения, часто называемые «точками застревания» в своем повествовании. Одним из таких тупиков может быть ощущение того, что он никчемный человек, потому что не смог спасти своего умирающего товарища. Это чувство никчемности может способствовать проявлению у него гипервизии в многолюдных местах, так как он не хочет снова оказаться неспособным помочь другим, если возникнет чрезвычайная ситуация. В ТКП психотерапевт бросает вызов Ар-Джею, прося его обдумать действия других людей в подобной ситуации или выявляя моменты, когда тот выходит за рамки своего долга помогать другим. Ар-Джей также может ознакомиться со статистикой, указывающей на относительную безопасность местного торгового центра. После переработки этой точки застревания Ар-Джей будет чувствовать себя лучше подготовленным, чтобы рискнуть отправиться в многолюдный торговый центр.

Лечение симптомов ПТСР, включая гипервизию, часто включает целый ряд фармакологических вариантов. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), такие как сертралин и парок-

сетин, являются наиболее широко изученными препаратами для лечения ПТСР, и исследования показывают, что они более эффективны, чем плацебо. Другие лекарства, такие как рисперидон, показали многообещающие результаты для облегчения симптомов, но только применение СИОЗС имеет достаточно доказательств, чтобы рекомендовать их в качестве специализированного средства лечения ПТСР. Несмотря на то, что медикаментозное лечение в целом продемонстрировало свою эффективность в лечении симптомов ПТСР, остаются два предостережения. Во-первых, прекращение приема лекарств часто связано с декомпенсацией; таким образом, важно тщательно контролировать прием лекарств с помощью врача, чтобы поддерживать клинические результаты. Во-вторых, рекомендуется, чтобы фармакологические методы лечения сочетались с КПТ; однако лекарства часто назначаются без дополнительной терапии.

Другим важным соображением при лечении гипертормозимости являются возможные сопутствующие заболевания, которые могут усиливать и поддерживать симптомы гипертормозимости. Хроническая боль и панические атаки – две распространенные сопутствующие проблемы у возвращающихся из зоны боевых действий военнослужащих и ветеранов – могут оказывать глубокое воздействие на уровень возбуждения. Хроническая боль, особенно от травм, связанных с боевыми действиями, может обуславливать устойчиво низкий уровень тревожности и смещать внимание в сторону физического состояния и опасности от окружающей среды, – два признака, лежащих в основе симптомов гипертормозимости, напоминающих человеку о возможных травматических событиях и многократно запускающих схемы, связанные с угрозой жизни, как описано выше. Как панические атаки, так и гипертормозимость характеризуются высоким уровнем неуправляемого обострения физических ощущений, паника также может играть важную роль в развитии и поддержании симптомов гипертормозимости. В обоих случаях лечение симптомов боли или паники может быть ключевым фактором в лечении симптомов гипертормозимости и предотвращении более поздних симптомов ПТСР.

Хотя мы описали выборку потенциально полезных и эмпирически подтвержденных методов лечения, многие ветераны не могут получать необходимую им помощь вследствие различных материально-техни-

ческих, финансовых, системных, культурных и личностных преград. Страх стигматизации является, пожалуй, самым значительным препятствием на пути получения медицинской помощи. Один недавний опрос показал, что 70% военных респондентов боятся прослыть «сумасшедшими», если они обратятся за лечением, и 55% беспокоятся о том, как их будут воспринимать на работе, если люди узнают, что они находятся на лечении. Офицеры или другие лица, занимающие ответственные посты в вооруженных силах, могут быть особенно обеспокоены перспективой стигматизации, поскольку они могут опасаться, что другие будут подвергать сомнению их лидерские способности, что им будет отказано в продвижении по службе или что их вообще могут попросить оставить службу.

Прочие военнослужащие могут думать, что они должны самостоятельно справляться с проблемами психического здоровья или что обращение за помощью будет признанием слабости. Кроме того, отсутствие уверенности в способности системы здравоохранения чутко и адекватно решать проблемы также упоминается в качестве препятствия для обращения за медицинской помощью. Расходы на здравоохранение также являются общей проблемой. Ветераны, которые не имеют права на получение медицинских пособий, часто должны либо платить из своего кармана за услуги в области психического здоровья, либо полагаться на страховые программы, которые выплачивают ограниченные пособия. Другие препятствия включают проживание в сельских районах, которые имеют мало ресурсов для восстановления психического здоровья, отсутствие транспорта, ограниченную социальную поддержку или неспособность найти время для лечения из-за работы или школьных графиков.

Для решения этой растущей проблемы появляются новые подходы по расширению доступа к лечению. Эти подходы включают в себя интернет-программы, протоколы самопомощи и терапию с минимальным контактом, призванную помочь облегчить симптомы травматического стресса. Интернет-методы лечения предоставляют доступ пациенту к КПТ на специально разработанном веб-сайте. Как правило, эти программы контролируются специалистами. Средства самопомощи включают рабочие книги, DVD-диски или компьютерные программы, которые не взаимодействуют интерактивно с психотерапевтом. Ми-

нимально-контактное лечение включает в себя программы, в которых терапевт руководит пациентом через различные интервалы времени по телефону, лично или по электронной почте, но между встречами пациенты в значительной степени сами ответственны за выполнение инструкций, данных терапевтом.

Хотя эти методы лечения еще не прошли строгой проверки, растущая потребность в услугах, особенно среди ветеранов, вызвала общенациональный интерес. Зарождающиеся терапевтические методы имеют ряд преимуществ по сравнению с традиционными методами. Они могут быть более экономически эффективными, чем традиционная очная терапия, по двум причинам. Во-первых, они обычно требуют меньше ресурсов времени и сил терапевта. Терапевты, как правило, появляются в зоне доступа по мере необходимости, в экстренных случаях или по мере возникновения вопросов, но в остальном они следят за прогрессом издалека и проверяют пациента через определенные интервалы времени. Во-вторых, хотя затраты на запуск программ могут быть значительными (например, разработка веб-сайта), но как только материал разработан, его легко распространять. Эти программы могут быть завершены в уединении дома по желанию военнослужащего, что позволяет получить доступ к лицам, живущим в отдаленных районах, имеющим трудности с передвижением или транспортировкой, или неспособным заниматься лечением из-за выполнения других обязанностей. Для ветеранов, страдающих гипервизией вне дома, лечение, доступное в удобном и безопасном месте, скорее всего, будет приветствоваться. Конфиденциальность, обеспечиваемая лечением в таком формате, также снижает стигматизацию. Наконец, эти программы обычно разрабатываются в формате, который уважает способность членов службы помочь себе с выбором лучших структур, руководства и поддержки. Часто обозначаемые как «тренинги» или «самоуправление», эти форматы могут дать пациенту возможность взять на себя активную роль в оказании ему помощи.

Одна из таких программ недавно зарекомендовала себя многообещающей в рандомизированном контролируемом исследовании¹. Са-

¹ Тип научного эксперимента, целью которого является уменьшение определенных источников систематической ошибки при проверке эффективности новых методов.

моуправляемая КПТ (СКПТ) – это 8-недельная самостоятельная когнитивно-поведенческая терапевтическая программа, предоставляемая участникам онлайн. СКПТ предназначена для обучения пациентов стратегиям, помогающим им справляться с реакциями и управлять реакциями на ситуации, которые вызывают воспоминания о травматических переживаниях. В частности, она обучает стратегиям управления стрессом, требует от участников самоконтроля ситуаций, которые вызывают связанные с травмой дистрессы, и помогает участникам в создании иерархии пусковых моментов для градуированного воздействия *in vivo*. Кроме того, он включает в себя компонент письма, где участники пишут о особенно заметном и тревожном травматическом опыте. Военнослужащие с ПТСР приняли участие в испытании СКПТ; по сравнению с предоставленной через Интернет, ненаправленной, поддерживающей консультационной программой, у участников СКПТ наблюдалось большее снижение симптомов ПТСР, депрессии и тревоги в течение 6 месяцев наблюдения.

Однако следует соблюдать осторожность. Поскольку эти методы лечения еще не были строго протестированы, неясно, является ли конкретная программа или лечение эффективными. Были высказаны этические опасения по поводу быстрого распространения и коммерциализации несертифицированных программ. Наконец, важно подчеркнуть, что не все методы лечения будут работать для всех пациентов одинаково. Самопомощь и подобные программы могут быть полезны для некоторых людей, но другие больше выиграют от личного контакта с психиатром. Люди, которые не считают эти программы полезными, впоследствии могут стать еще менее мотивированы к поиску традиционного лечения, сопровождающегося личным контактом с терапевтом.

Выбор соответствующего метода лечения и другие соображения

Эмпирически обоснованные методы лечения могут быть эффективными инструментами для решения текущих проблем и предотвращения развития хронического ПТСР; однако они должны использоваться в контексте текущих жизненных проблем и способностей индивида. Например, уровень доступа к позитивным ресурсам социальной поддержки после боевых действий является важным предикто-

ром развития ПТСР. Клиент со слабой социальной поддержкой может подвергаться большему риску развития хронического ПТСР; таким образом, внимание терапевтов должно быть сосредоточено на лечении избегания, связанного с социальными ситуациями, и попытках совершенствовать сеть поддержки.

Помимо подбора варианта лечения, в начале работы с военнослужащими, возникают несколько проблем общего характера. Некоторые из них, согласующиеся с надлежащей терапевтической практикой в целом, могут быть особенно существенны для лечения военнослужащих, состоящих на действительной службе. Во-первых, важно придерживаться коллегиального, договорного подхода. Этот подход важен в большинстве, если не во всех, терапевтических начинаниях, но может быть особенно полезен при лечении военнослужащих, для которых честь и верность являются серьезными идеалами. Важно будет сообщить им точные прогнозы относительно лечения, поскольку оно требует напряженной работы и времени и может быть довольно сложным.

Кроме того, военнослужащие должны приступать к лечению с реалистичными ожиданиями. Терапевты должны подчеркнуть, что успешное лечение проблем гипervизии может принимать форму постоянного самоконтроля, а не устранения страха. На самом деле, разрушающий [страх] тренинг – не подразумевает устранение страха, а скорее новое научение. В этом контексте может быть полезно рассматривать лечение как тренинг по повышению интеллектуальной подготовленности и научению управлению реакциями в любой ситуации, чтобы эти реакции не возымели долгосрочных негативных последствий. Это особенно важно из-за значительных когнитивных и институциональных барьеров в процессе оказания медицинской помощи, приводящих к высокому уровню отсева пациентов до окончания лечения. Нереалистичные или чрезмерно оптимистичные ожидания могут привести к еще большему разочарованию в результатах лечения, что может повысить склонность к прерыванию терапии.

Военнослужащие, как правило, ориентированы на достижение определенных целей; поэтому планы лечения должны включать иерархию целей, которые будут достигнуты, и навыков совладания, которые будут освоены, а клиницисты должны стараться выстроить отношения позитивно и конструктивно. Следует избегать неудач в лечении или

восприятия пациентом достигнутых им результатов как неудач. Часто бывает полезно подчеркнуть цель возвращения к нормальному для функционирования или достижения удовлетворенности семьей, работой и жизнью. Эмоциональные и эмпирические аспекты гипервизии в течение некоторого времени могут сохраняться, но можно обучить пациента владеть психологическим инструментарием, что позволит ему вернуться к работе, улучшить семейные отношения и продолжать жить.

Для военнослужащих, которые сохраняют верность военной службе, это может означать, что они стали лучшими, более сильными солдатами, моряками, летчиками или морскими пехотинцами. Гражданские клиницисты должны иметь в виду, что для многих военнослужащих, борющихся с посттравматической адаптацией и проблемами гипервизии, цель лечения состоит в том, чтобы вернуться к высокопрофессиональному исполнению служебного долга.

Приведенные выше рекомендации можно проиллюстрировать далее на примере Ар-Джея. После его возвращения домой отношения Ар-Джея с женой стали еще хуже. В дополнение к тому, что он не может или не хочет ослабить собственную настороженность, Ар-Джей постоянно беспокоится о безопасности своей семьи, что, как он чувствует, его жена не понимает или не воспринимает достаточно серьезно. Пара часто спорит, и Ар-Джей обычно уходит в свою спальню, чтобы избежать споров; однако, поскольку он большую часть времени остается дома, его жена является главным источником социальной поддержки, и когда они ссорятся, он чувствует себя особенно изолированным.

Ар-Джей прибег к лечению после того, как у него была паническая атака в торговом центре. Он отправился в торговый центр, чтобы попытаться заглядеть свою вину перед женой, составив ей компанию во время поездки по магазинам, но когда он туда добрался, то обнаружил, что там слишкомлюдно и открыто. Он заметил, что начинает нервничать, но заставил себя остаться, чтобы угодить жене. По мере того как он становился все более и более озабоченным, чувствуя себя пойманным в ловушку и беспомощным, он начал испытывать то, что, как он думал, было сердцебиением, он начал потеть и дрожать. Этот опыт сильно напугал его. С тех пор он еще больше замкнулся в себе и больше не приглашает друзей и родственников в свой дом.

Психотерапевт, оценивающий текущие трудности Ар-Джея, обнаруживает, что его основная реакция на боевые стрессоры, которые он испытал в Ираке, включает высокий уровень гипервозбудимости, включая крайнюю раздражительность, гнев, неспособность расслабиться или хорошо спать (без кошмаров), преувеличенную реакцию испуга и повышенную настороженность (постоянная проверка дверных замков по ночам, сканирование окружающей среды при нахождении вне дома, постоянное беспокойство обо всех «что-если»). Хотя он действительно сообщает о некоторых симптомах повторного переживания и избегания, все они кажутся вторичными по отношению к его симптомам гипервозбудимости. Дальнейшее исследование показывает, что у него есть симптомы депрессии, он чувствует стыд и вину за свои вспышки гнева дома из-за мыслей о смерти своего друга в Ираке, думает, что его друзья и семья избегают его из-за его гнева, испытывает симптомы паники (как описано выше) и, прежде всего, чувствует себя «слабым».

Ранее в этой главе мы упоминали, как управление стрессом, техники пролонгированного подвергания [действию стрессора] и КПТ могут быть использованы с Ар-Джеем в несложном варианте; однако связанные с боем симптомы гипервозбудимости оказали на жизнь Ар-Джея влияние, подобное тому, как от камня, брошенного в воду, расходятся круги. Симптомы гипервозбудимости повлияли на многие сферы его деятельности и подорвали многие ресурсы совладания, включая убеждение в собственной способности справляться со своими проблемами (например, его чувство «слабости») и согласие получить доступ к ресурсам социальной поддержки.

В случае Ар-Джея важно оценить уровень его панических симптомов, поскольку они могут помешать его способности извлекать пользу из лечения. Возможно, потребуется начать терапевтическое вмешательство с интероцептивного¹ воздействия на симптомы паники до начала тренинга «прививки против стресса» или пролонгированного подвергания [действию стрессора]. Кроме того, может быть очень важно обратиться к убеждениям в способности контролировать свою

¹ Интероцепция – процесс возникновения, проведения, восприятия и переработки в центральной нервной системе информации, возникающей в результате возбуждения рецепторов внутренних органов – интероцепторов.

судьбу и устранению любых околодепрессивных мнений, которые могут мешать активному лечению, используя методы когнитивного рефрейминга¹.

Наконец, крайне важно определить основные социальные ресурсы, имеющиеся в жизни Ар-Джея, и разработать стратегии их использования, будь то посредством дополнительной когнитивной переработки способности Ар-Джея обращаться к другим людям, или непосредственно как элемента терапевтического воздействия. Но в то время как симптомы гипертвуждимости могут представлять собой нормальные реакции на переживание острых или хронических стрессоров, они также могут иметь значительные межличностные и внутриличностные последствия для военнослужащих. По иронии судьбы, эти симптомы могут отвергать саму мысль о социальной поддержке, которая так важна для выздоровления военнослужащего.

Заключение

В общем, возвращение с театров военных действий домой может представлять значительные трудности для военнослужащих. Многие из них легко приспособятся к жизни и работе в небоевых условиях; другие будут испытывать большие трудности. После возвращения почти все продемонстрируют некоторый уровень гипертвужизии. Для тех, кто испытывает острые или хронические функциональные проблемы, и особенно для тех, чьи симптомы гипертвужизии начинают взаимодействовать с их окружением, вызывая нисходящие спирали (штопор) функциональной адаптации, терапевтическое вмешательство на основе КПТ может быть весьма эффективным. В то же время предстоит провести много исследований по разработке усовершенствованных пакетов мер вторичной профилактики. Жизненно важные задачи для дальнейших исследований включают определение того, кто нуждается в профилактическом вмешательстве, когда профилактика или лечение могут быть

¹ Рефрейминг – специальный прием, который позволяет изменить точку зрения человека на иную, порой даже противоположную. Происходит от слова frame – рамка (рефрейминг – изменение рамки восприятия). Важно отметить, что рефрейминг не подразумевает обмана и абсурда: он должен осуществляться только в рамках соблюдения истины и адекватности картины мира человека.

наиболее эффективными для предотвращения хронических психических заболеваний, как обеспечить доступность и эффективность лечения и как преодолеть серьезные барьеры на пути оказания психологической помощи, особенно у военнослужащих.

Источники, на которые ссылаются авторы

Ehlers, A., & Clark, D. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319–345.

Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD. New York: Guilford Press.

Mineka, S., & Zinbarg, R. (2006). A contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorders: It's not what you thought it was. *American Psychologist*, 61(1), 10–26.

Mowrer, O. H. (1956). Two-factor learning theory reconsidered, with special reference to secondary reinforcement and the concept of habit. *Psychological Review*, 63, 114–128.

Schnurr, P. P., Friedman, M. J., Engel, C. C., Foa, E. B., Shea, M. T., Chow, B. K., Resick, P. A., Thurston, V., Orsillo, S. M., Haug, R., Turner, C., & Bernardy, N. (2007). Cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 297, 820–830.

Глава 6

ЛЕЧЕНИЕ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ

Введение

Эффективность лечения тревожных симптомов и расстройств у военнослужащих, возвращающихся с театра военных действий, в значительной степени зависит от понимания той роли, которую играет в развитии таких проблем воздействие боевого стресса. Воздействие травматического события, такого как бой, необходимо, хотя и недостаточно, для развития посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), но такое воздействие может также вызвать целый ряд других психологических трудностей, включая депрессию и другие тревожные расстройства. Основное внимание в этой главе уделяется лечению тревожных симптомов и расстройств, и мы обсуждаем вопросы, касающиеся их применения к различным расстройствам; однако наиболее заметными из них для ветеранов боевых действий являются те, которые непосредственно связаны с травматическими событиями: ПТСР и острое стрессовое расстройство (ОСР).

Лечение тревожности относительно просто. Действительно, с точки зрения психотерапевтических вмешательств, тревожные расстройства могут наиболее очевидно поддаваться лечению; однако важно понимать, что не все тревоги или страхи нуждаются в лечении, поэтому важно точно различать людей, которые могут нуждаться в лечении, от тех, кому это не нужно. Это может стать сложной задачей, особенно в условиях развертывания, где чувства страха и тревоги будут относительно обыденным явлением. Обсуждение этой проблемы может быть осложнено и другими вопросами, такими как определение базовых понятий «страх» и «тревога».

Многие используют термины «страх» и «тревога» взаимозаменяемо, и те, кто проводит различие между ними, часто делают это непоследовательно. В настоящей главе мы придерживаемся опреде-

ния тревоги, используемого в четвертом издании диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-IV), где тревога определяется как «тревожное ожидание будущей опасности или несчастья, сопровождающееся чувством дисфории или соматическими симптомами напряжения» (APA, 2000, р. 820). Это определение отличается от определения базовой эмоции страха, которая рассматривается как реакция на воспринимаемую опасность в непосредственном окружении человека. Таким образом, в сущности, тревога рассматривается как реакция на ожидание плохих событий, включая потенциальные угрозы, в то время как страх рассматривается как реакция на текущие стимулы в конкретной среде, которые, как считается, представляют угрозу для человека. Другое различие между тревогой и страхом, предложенное Энтони и Барлоу (1996), основывается на функции этих двух эмоциональных состояний. Страх, как базовая эмоциональная реакция на угрозу, рассматривается как тревожная реакция, которая потенцирует реакции, ведущие к бегству от воспринимаемой опасности, и поэтому может быть адаптивной. Напротив, считается, что тревога способствует возникновению состояний беспокойства и негативного аффекта, которые обычно считаются неадаптивными.

Боевая обстановка полна подлинных угроз для жизни и физического благополучия людей, которые должны действовать в этой среде. Неудивительно, что люди, попавшие в боевую ситуацию, испытывают достаточно сильный страх. Отмечалось, что страх в бою вездесущ, и значительная часть военной подготовки предназначена для того, чтобы помочь воинам преодолеть нормальную реакцию страха, возникающую в боевых ситуациях. Точно так же можно ожидать, что военнослужащие в ожидании боевого развертывания или конкретных действий на поле боя будут испытывать повышенный уровень тревоги. До тех пор, пока чувства страха и тревоги на поле боя или в ожидании боя не станут чрезмерными и не начнут существенно вмешиваться в другие аспекты жизни военнослужащих, они не будут считаться проблемными, патологическими или нуждающимися в лечении.

В дополнение к страху и тревоге, связанными с боем, военнослужащие, переживающие боевую травму, могут испытывать эмоцио-

нальные реакции, которые сохраняются и после окончания боя. Эти реакции могут сохраняться часами, днями, неделями и даже дольше. Наличие эмоциональных реакций после боевого опыта само по себе не является патологией. Действительно, в рамках руководства DSM-IV не существует диагноза, определяющегося как травма, для реакций, которые длятся менее 2 дней после события. Система классификации ICD-10 (Международная статистическая классификация стресса, International Statistical Classification of Diseases, ICD-10) относит к категории острых стрессовых реакций экстремальные реакции, проявляющиеся в течение первых часов после события, но быстро проходящие (в течение нескольких часов), если стрессор перестал действовать, или наблюдаемые в течение 1–2 дней, если действие стрессора сохраняется.

Поскольку интенсивные эмоциональные реакции ожидаются после сильных травматических событий, таких как боевые задания, их, вероятно, следует рассматривать как нормативные или обычные реакции. Это верно независимо от того, идет ли речь о реакциях, которые происходят сразу же после окончания боевых действий, когда военнослужащие все еще находятся на службе, или о реакциях, которые продолжают сохраняться после их возвращения домой. Они становятся «симптомами», только если сохраняются в течение долгого времени или начинают мешать человеку эффективно функционировать. Важно отметить, что определение эффективности функционирования может существенно отличаться в зависимости от условий, в которых проводится оценка. Таким образом, требования к эффективности функционирования в боевой обстановке развертывания, скорее всего, весьма отличаются от детерминант эффективного функционирования в домашней обстановке. В результате определение того, являются ли чувства страха или тревоги у человека «симптомами», которые следует лечить, будет зависеть, по крайней мере частично, от того, когда и где они оцениваются.

Важно отметить, что различие между тревогой и страхом, рассмотренное выше, не основывается на адекватности или неадекватности восприятия опасности; то есть человек может испытывать тревогу в ожидании события, которое действительно опасно (например, когда

солдат готовится вступить в бой), или в ожидании события, которое мало чем ему угрожает (например, поход в продуктовый магазин). Точно так же я могу испытывать страх в ответ на реальную угрозу в окружающей среде (например, если кто-то направляет на меня оружие) или на что-то, что я воспринимаю как опасное, но что не является таковым на самом деле (например, нахождение в помещении, забитом людьми). Это различие потенциально важно при рассмотрении вопроса о том, когда следует предоставлять или поощрять лечение симптомов тревожности. По большей части такое лечение становится необходимым, когда тревога или страх мешают адекватному и адаптивному функционированию. Страх или тревога, связанные с событиями или стимулами, которые не являются по-настоящему опасными, скорее всего, будут мешать функциональному поведению. С другой стороны, крайняя тревога в ожидании действительно опасных событий также может помешать функционированию до наступления фактического события.

Диагностика тревожных симптомов и расстройств

Из вышесказанного становится ясно, что перед началом лечения необходима тщательная диагностика тревожности и ее функционального воздействия. Диагностика должна ответить на ряд вопросов, выходящих за рамки простого определения наличия и тяжести симптомов, она должна включать оценку медицинских условий и учитывать дефицит навыков, которые могут способствовать лечению тревожности (или усугублять тревожное состояние) или ограничивать применение методов, которые могут быть использованы для лечения данного человека. Другие вопросы, такие как изменение симптомов, семейный анамнез, предшествующее лечение и сопутствующие проблемы в определенных условиях также могут стать важными. Каждый из этих вопросов будет более или менее важен в разных условиях. Однако, независимо от акцента, основной вопрос о функциональном воздействии тревоги и страха в нынешних условиях будет иметь решающее значение для определения того, следует ли вообще, когда и как проводить лечение.

Вопросы диагностики, связанные с конкретными расстройствами

Диагнозы, обусловленные травмами

В рамках системы классификации DSM-IV два расстройства непосредственно связаны с переживанием травматического события: острое стрессовое расстройство (ОСР) и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Международная классификация болезней Всемирной организации здравоохранения в 10-й редакции определяет острую стрессовую реакцию как кратковременную, преходящую, но экстремальную реакцию на события. Некоторые незначительные различия в симптомах и проявлениях этих расстройств существуют, но основное различие заключается в длительности их действия. Симптомы ОСР, как ожидается, начнут рассеиваться почти сразу же после прекращения действия стрессора и будут в значительной степени устранены в течение 48 часов. ОСР не может быть диагностировано, если реакции не сохраняются по крайней мере в течение 2 дней, а также не диагностируется более чем через 1 месяц после травмы. Для сравнения, ПТСР можно диагностировать только в том случае, если симптомы сохраняются по крайней мере в течение 1 месяца.

Симптомы ОСР и ПТСР явно накладываются друг на друга, причем оба диагноза включают симптомы повторного переживания травмы (например, навязчивые мысли, ночные кошмары, флэшбэки), избегания (например, избегание напоминаний, эмоциональное бесчувствие, отстраненность от окружающих) и возбуждения (например, гипервизия, нарушение сна, раздражительность). Основное различие между этими двумя диагнозами заключается в большем акценте на наличие диссоциативных симптомов в ОСР. В дополнение к совпадению этих двух диагнозов, связанных с травмой, симптомы ПТСР и ОСР отличаются от диагнозов депрессии, других тревожных расстройств, диссоциативных расстройств¹ и, по крайней мере, в случае хрониче-

¹ Диссоциативные расстройства (лат. *dissociare* – отделяться от общности) – группа психических расстройств, характеризующихся изменениями или нарушениями ряда психических функций – сознания, памяти, чувства личностной идентичности, осознания непрерывности собственной идентичности, а также нарушениями контроля за движениями тела.

ского ПТСР, расстройств личности¹. Дифференциация между различными расстройствами обычно зависит от установления связи между травматическим событием и появлением симптомов. Эта связь часто устанавливается по наличию симптомов повторного переживания, которые непосредственно связаны с выявленной травмой, но также опираются на временную связь между травматическим опытом и появлением симптомов. Однако следует отметить, что другие расстройства, включая паническое расстройство, фобии, депрессию, злоупотребление психоактивными веществами/наркотическую зависимость и, возможно, даже обсессивно-компульсивное расстройство, могут начаться после травматического воздействия.

Четкое разграничение по длительности действия симптомов ОСР и ПТСР существенно уменьшает диагностическую путаницу между этими расстройствами, но некоторые трудные вопросы все же могут возникнуть. Пожалуй, самый сложный вопрос связан с определением того, когда «часы начинают тикать». Как ОСР, так и ПТСР концептуализируются как расстройства, которые проявляются после того, как действие травматического стресса прекратилось. В случае единичных травматических событий, таких как нападение противника или автомобильная авария, относительно просто определить, когда произошло это событие. Если предположить, что посттравматические симптомы проявляются сразу после события, как это обычно бывает, то определить длительность действия симптомов (а следовательно, и соответствующий диагноз) довольно просто. Осложнения возникают в ситуациях, когда травматическое событие повторяется, например, в бою или в случае оскорбительного отношения, и при невозможности выявить стрессор, например, при стихийных бедствиях, когда повреждение объектов инфраструктуры может привести к постоянному стрессу.

В определениях ОСР и ПТСР подразумевается, что действие симптомов распространяется за пределы времени воздействия истинной угрозы, связанной с травмой. Решение, следует ли диагностировать

¹ Расстройство личности представляет собой личностный тип или поведенческую тенденцию, характеризующуюся значительным дискомфортом и отклонениями от норм, принятых в данной культуре, вовлекающее обычно несколько сфер личности и почти всегда сопровождающееся личностной и социальной дезинтеграцией.

ПТСР, пока угроза сохраняется, может быть сложным. Чтобы проиллюстрировать трудности, которые могут возникнуть в случаях хронической или повторной травмы, давайте рассмотрим гипотетический случай солдата, развернутого в боевой обстановке. Вскоре после прибытия на театр военных действий его подразделение попадает под огонь противника, и несколько его товарищей получают серьезные ранения. После подобного опыта солдат явно эмоционально расстроен и остается расстроенным в течение нескольких недель. Качество его работы начинает ухудшаться, хотя он продолжает функционировать как боевая единица своего подразделения. В течение следующих нескольких месяцев этот солдат продолжает участвовать в боевых операциях, включающих многочисленные перестрелки и завершающихся крупной операцией, которая продолжается в течение нескольких дней, в ходе которой три члена его подразделения погибают. При обследовании, проведенном по возвращении домой через два месяца после этой крупной операции, у нашего солдата обнаруживаются симптомы, соответствующие ПТСР, включая навязчивые воспоминания и кошмары о его первом боевом опыте. В беседе со специалистом солдат сообщает, что психологические проблемы у него обнаружили примерно в то время, когда он впервые начал участвовать в боевых действиях, но что эмоции действительно начали создавать ему проблемы только в последний месяц развертывания, после того, как погибли солдаты его подразделения.

Признавая, что симптомы ОСТ не могут сохраняться более месяца, а чтобы подтвердить диагноз ПТСР, симптомы должны присутствовать, по крайней мере, в течение месяца после травмы, этот сценарий вызывает вопросы относительно соответствующего диагноза для этого солдата. Если бы мы датировали появление симптомов его первым боевым опытом, то пришли бы к выводу, что у него хронический посттравматический синдром (длящийся более 3 месяцев) и что он начался, когда он был развернут [и впервые принял участие в бою]. Если симптомы и диагноз ПТСР датируются 1 месяцем после его последней боевой операции, повлекшей смерть товарищей, то ему будет поставлен диагноз острого ПТСР (длящегося от 1 до 3 месяцев). Однако если появление симптомов связано с его отъездом

из зоны боевых действий, то диагноз ОСР может быть более подходящим, чем ПТСР. Этот вопрос еще более осложняется пониманием того, что многие симптомы ПТСР (например, проблемы со сном, повышенная тревожность и гипервизия, раздражительность, повышенное возбудимость) часто встречаются среди солдат, участвующих в развертывании, из-за непосредственно действующих в этих условиях угроз.

Панические расстройства

Паническое расстройство (ПР) может развиваться после воздействия травмы. Это расстройство характеризуется повторяющимися и неожиданными приступами паники и беспокойства по поводу возможности будущих атак или последствий этих атак. Панические атаки обычно сопровождают интенсивные физиологические реакции: учащенное сердцебиение, учащенное дыхание, мышечное напряжение и потоотделение. Во время приступа люди также могут испытывать головокружение, тошноту и покалывание в конечностях. В дополнение к физиологическим симптомам, люди с ПР обычно имеют искаженные мысли о нападениях или их последствиях, а также искажения в обработке информации. Часто возникают сопутствующие поведенческие изменения, снижающие вероятность или тяжесть приступов, такие как избегание определенных мест или нежелание выходить из [безопасного помещения] в одиночку. Когда избегание распространяется на широкий круг ситуаций, человек может испытывать значительные функциональные нарушения, у него может быть диагностирована агорафобия в сочетании с ПР. Однако не менее важно для понимания симптомов ПР выявить тонкие формы избегания, такие как выход из дома только в сопровождении человека, пользующегося доверием, или боязнь подниматься по лестничным пролетам, а также другие формы поведения, призванные обеспечить безопасность, например, постоянное ношение с собой лекарств. Хотя такое избегание может не привести к значительному функциональному нарушению, подобному агорафобии, оно способствует подкреплению панических симптомов, что может снизить эффективность лечения.

Важно отметить, что приступы паники или тревоги могут быть обусловлены многими причинами, и наличие приступов не обязательно означает, что у человека есть паническое расстройство. Симптомы и реакции, которые могут быть ошибочно приняты за панику, могут вызываться медицинскими заболеваниями (например, гипертиреозом¹), а также употреблением некоторых веществ, например, кокаина или кофеина, или отказом от алкоголя или обезболивающих препаратов. Прежде чем диагностировать ПР, необходимо исключить подобные возможности.

Симптомы, имитирующие панические атаки, также присутствуют в ряде других тревожных расстройств, таких как ПТСР и социальная фобия. Один из способов отличить панические атаки, связанные с ПР, от тех, что происходят в контексте других тревожных расстройств, заключается в содержании страха, связанного с этими атаками. В большинстве случаев люди с ПР боятся самого факта атак (например, «у меня сердечный приступ», «я схожу с ума») или последствий атаки (например, «кто-то заметит, что я паникую»). Напротив, люди с другими формами тревожных расстройств склонны бояться последствий ситуации, которая сигнализирует об атаке (например, «люди будут смеяться надо мной», «я буду помнить свой травматический опыт»). Еще одним способом отличить ПР от других расстройств является тот факт, что приступы, связанные с ПР, обычно происходят «на ровном месте» в отличие от обусловленных другими расстройствами, которым обычно сопутствуют внешние причины (например, напоминания о травме). В результате, одним из способов отличить ПР от паники, связанной с другими расстройствами, является отсутствие осознаваемых причин панических атак. Однако следует помнить, что некоторые люди с ПТСР и другими расстройствами могут не осознавать причины паники, а некоторые люди с ПР могут воспринимать некоторые места (обычно те, из которых трудно выбраться) или внутренние ощущения (например, головокружение, одышка) как причины своих панических атак.

¹ Гипертиреоз – синдром, обусловленный нарушением работы щитовидной железы, проявляющийся в беспокойстве и раздражительности.

Хотя социальная фобия (СФ) и не связана напрямую с воздействием травмы, она может развиваться у людей, подвергшихся травматизации, особенно в результате межличностных взаимоотношений. Это расстройство характеризуется значительным страхом, вызванным ситуациями, которые связаны с социальными взаимодействиями или ситуациями на работе, особенно там, где человек находится под пристальным вниманием или может испытывать смущение. Кроме того, многие люди с СФ испытывают сильную тревогу в ожидании возникновения негативных социальных ситуаций. Хотя СФ может привести к значительным нарушениям, страдающие ей люди часто не обращаются за лечением. Пытаясь справиться со своим страхом и тревогой, они часто пытаются избежать ситуаций, которые вызывают их страх. Когда такой возможности нет, люди с СФ могут просто терпеть свои страдания или же пытаться справиться со своим страхом самостоятельно. Страх, испытываемый в социальных ситуациях теми, кто страдает СФ, может быть очень сильным и, как уже упоминалось выше, может проявляться в виде панических атак, почему бывает трудно диагностировать различия СФ и панического расстройства.

Помимо социальной фобии, переживание страха и тревоги, связанных с социальными ситуациями, также характерны для ряда других тревожных расстройств, включая ПТСР, паническое расстройство и обсессивно-компульсивное расстройство. Точно так же поведение, к которому прибегают люди для уменьшения чувства тревоги в социальных ситуациях (например, когда вы засовываете руки в карманы, чтобы избежать проявления дрожи), может также имитировать поведение избегания при других расстройствах, таких как ОСР. Как и в других случаях, когда симптоматика тревожных расстройств перекрывается, одним из способов дифференциации их является изучение фокуса последствий, связанных со страхами. Как правило, люди с социальной фобией боятся возможности сделать что-то, что заставит других оценивать их негативно. Для сравнения, люди с ПТСР склонны бояться взаимодействия с другими людьми из-за возможности того, что кто-то нападет на них, а люди с ОСР могут бояться заражения микробами при взаимодействии с другими людьми.

В литературе было описано несколько случаев, когда симптомы обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) развивались после травматического воздействия, а недавно в ряде статей была установлена связь между ОКР и ПТСР (Huppert et al., 2005). ОКР характеризуется: 1) навязчивыми, тревожными мыслями, образами или побуждениями и 2) повторяющимся поведением или мыслями, служащими для уменьшения дистресса навязчивого состояния. Как и при других тревожных расстройствах, ОКР может заключаться в избегании ситуаций и стимулов, усиливающих навязчивые страхи. Ряд других расстройств также включают симптомы, очень похожие на симптомы ОКР; например, люди с ипохондрией² и дисморфическим расстройством тела³ переживают навязчивые заботы о своем физическом здоровье или физической характеристике и могут также соблюдать ритуалы (обычно проверки), подобные тем, что характерны для ОКР.

Симптомы ряда расстройств могут имитировать навязчивые идеи и, в меньшей степени, компульсии⁴ ОКР; например, депрессия и генерализованное тревожное расстройство связаны с беспокойством и размышлениями, которые могут показаться навязчивыми. Однако в отличие от навязчивых идей, связанных с ОКР, депрессивные размышления и тревоги, как правило, связаны с настроением. Симптомы ПТСР также включают навязчивые и тревожные мысли, сходные с навязчивыми

¹ Обсессивно-компульсивное расстройство (от лат. лат. *obsessio* – «одержимость идей» и лат. *compulsio* – «принуждение») (ОКР, невроз навязчивых состояний) – психическое расстройство, при котором у больного непроизвольно появляются навязчивые, мешающие или пугающие мысли (обсессии). Он постоянно и безуспешно пытается избавиться от вызванной мыслями тревоги с помощью столь же навязчивых ритуальных действий (компульсий).

² Ипохондрия – расстройство психики, проявляющееся в постоянном беспокойстве по поводу возможности заболеть одной или несколькими болезнями.

³ Дисморфическое расстройство тела (дисморфофобия) – расстройство психики, при котором субъект чрезвычайно обеспокоен небольшими дефектами или некоторыми особенностями своего собственного тела.

⁴ Компульсия – симптом, представляющий собой периодически возникающее навязчивое поведение, ритуалы или ментальные акты, действия, которые, как человек чувствует, он вынужден выполнять.

состояниями, хотя фокус их, как правило, отличается от ОКР. В случае ПТСР навязчивые мысли обычно вращаются вокруг воспоминаний о прошлых травматических событиях, тогда как навязчивые идеи ОКР, как правило, фокусируются на будущем. Люди с ПТСР могут также демонстрировать повторяющееся или ритуализованное поведение, например, проверять двери и окна, чтобы убедиться, что они заперты, что может показаться довольно навязчивым.

Лечение тревожных расстройств

Как уже упоминалось выше, тревожные симптомы и расстройства относятся к числу наиболее поддающихся психотерапии и лечению психотропными препаратами, и существует целый ряд различных психологических и психофармакологических подходов к лечению патологической тревоги. Как правило, медикаментозная и когнитивно-поведенческая терапия представляют собой первоочередные подходы к лечению, и они часто используются совместно. Было установлено, что несколько классов лекарственных препаратов эффективны в лечении симптомов тревоги. Наиболее эффективные психотерапевтические подходы к лечению тревожности взяты из когнитивно-поведенческой традиции и основаны на методах, включающих экспозиционную терапию, стратегии управления тревожностью и когнитивную переработку. Для различных тревожных расстройств были разработаны специальные терапевтические программы, большинство из которых сочетают в себе элементы всех когнитивно-поведенческих подходов. Хотя эти программы лечения имеют много общих элементов, они, как правило, отличаются в той степени, в которой они акцентируются на одной или нескольких когнитивно-поведенческих техниках. В этой главе рассматриваются методы лечения конкретных расстройств, которые получили эмпирическую поддержку. Кроме того, из-за тематики этой книги данная глава посвящена лечению связанных с травмой острого стрессового расстройства и посттравматического стрессового расстройства, хотя мы также обсуждаем лечение других тревожных расстройств, которые могут возникнуть после боя, таких как паническое расстройство, социальная фобия и обсессивно-компульсивное расстройство.

Психотерапевтические методы лечения расстройств, вызванных травмами

Большинство методов лечения доказанной эффективности основаны на методах когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), а программы, как правило, включают элементы экспозиционной терапии, когнитивной терапии и методов управления тревожностью. Эти программы лечения, как правило, имеют много общих характеристик, причем большинство вариантов отражают различия в акцентах, а не резко отличаются в подходах к лечению. Методы лечения посттравматических симптомов были разработаны для лечения хронического ПТСР; недавние исследования доказали полезность тех же самых методов для лечения сильно переживающих травму людей, особенно страдающих острым стрессовым расстройством.

Лечение острого стрессового расстройства

Поскольку большинство переживших травму людей выздоравливают естественным путем в течение первых недель или месяцев после этого события, лечение большинства из них приводит к большему эффекту, чем при выздоровлении естественным путем. Из-за естественного выздоровления и ограниченного во времени действия характера диагноза ОСР, результаты большинства исследований, представляющих интерес, заключались в определении, развились ли у лечившихся лиц симптомы хронической ПТСР. Кроме того, в некоторых исследованиях изучалось, может ли раннее вмешательство уменьшить продолжительность времени, которое требуется человеку, подвергшемуся травме, для восстановления. В результате, лечение, проводимое в течение первых нескольких недель после травмы, можно было бы лучше описать как вторичную профилактику ПТСР, а не как лечение самого заболевания (ОСР). Относительно меньше исследований было проведено для изучения эффективности лечения вскоре после травматического события; тем не менее, программы вмешательства, которые были признаны в некоторой степени эффективными, если они применялись в течение первых нескольких недель после травмы, использовали методы КПТ, которые были признаны эффективными для лечения симптомов хронической ПТСР.

Большинство исследований по программам раннего вмешательства, специально предназначенных для лиц, отвечающих диагностическим критериям ОСТР, были проведены Брайантом и его коллегами (1998, 1999, 2003с, 2005). Эти исследователи разработали краткое (в пять сеансов) вмешательство, которое включало в себя сочетание ряда техник КПТ (например, подвергание, когнитивную терапию, навыки управления тревогой) с лечением, начатым через 2–4 недели после травматического события (как правило, автокатастрофы). В нескольких исследованиях эта программа доказала свою эффективность в снижении остроты симптомов и числа людей, у которых развивается хроническая ПТСР; например, в одном исследовании только у 17% людей, получавших КПТ, через 6 месяцев после лечения была диагностирована ПТСР по сравнению с 67% людей, получавших поддерживающее лечение или лечение, направленное на разрешение проблем. Последующие данные указывают, что программы раннего вмешательства дают результат, который сохраняется по крайней мере в течение 4 лет. Наконец, в исследовании, которое может иметь особое значение для ветеранов операции «Несокрушимая свобода» (ОЕФ)/операции «Иракская свобода» (ОИФ), Брайант, Молдс, Гатри и Никсон (2003) изучили последствия кратковременного, раннего лечения для лиц с ОСТР и легкой черепно-мозговой травмой (т.е. повлекшей потерю сознания при получении травмы). Результаты этого исследования показывают, что раннее вмешательство может быть эффективным даже для этой сложной группы пострадавших; в этом случае только 8% пациентов из группы, получавших КПТ, имели ПТСР через 6 месяцев после лечения по сравнению с 58% пациентов, получавших поддерживающее консультирование.

Аналогичные программы КПТ, предназначенные для оказания помощи вскоре после травматического события, были изучены Фoa (1995, 2006). Эти исследования не были нацелены на ОСТР; скорее, они были рассчитаны на пострадавших от насилия со значительными симптомами ПТСР, развившимися в течение 2-3 недель после травмы. Программа их лечения похожа на ту, что была протестирована группой Брайанта; она включает в себя те же элементы подвергания, когнитивной переработки, психологического обучения и управления тревожностью (релаксации). В первом исследовании (1995) было обнаружено,

что четырехсессионное лечение снизило частоту ПТСР, диагностированного примерно через 8 недель после сексуального насилия, с 70% в группе, которая завершила еженедельные обследования, до 10% в группе, получавшей КПТ. На момент повторной оценки, проведенной через 6 месяцев после лечения, эти две группы почти не различались по частоте диагностики ПТСР (11% против 22% соответственно для пролеченной и не получавшей лечения группы). Во втором исследовании (2006) сравнивали пострадавших от недавнего насилия со значительными симптомами ПТСР, которые лечились в рамках программы КПТ, с другой группой, получившей поддерживающую консультацию, и третьей группой, которая завершила обследования, но не получила лечения. В конце лечения все три группы показали улучшение симптомов ПТСР, причем те, кто находился в группе КПТ, сообщали о менее тяжелых симптомах, чем те, кто лечился с помощью поддерживающего консультирования; группа завершивших обследования не отличалась ни от одной из лечившихся групп. Как и в предыдущем исследовании, на момент повторной оценки не обнаружилось никаких различий между методами лечения. Авторы пришли к выводу, что раннее лечение эффективно для ускорения восстановления после травмы, но естественный процесс восстановления будет иметь тенденцию стирать эти различия с течением времени.

Лечение хронического ПТСР

Было показано, что несколько программ КПТ значительно уменьшают симптомы хронического ПТСР. Практические рекомендации министерства обороны/департамента по делам ветеранов перечисляют четыре из этих программ как имеющие существенную и сильную эмпирическую поддержку, эффективные в лечении хронической ПТСР: (1) экспозиционная терапия, (2) когнитивная терапия, (3) стресс-инкуляция («прививка против стресса») терапия и (4) десенсибилизация и переработка движениями глаз.

Экспозиционная терапия

Детали того, как осуществляется экспозиционная терапия, различаются в разных конкретных программах, но в большинстве про-

грамм лечения ПТСР терапевты просят пережившего травму человека повторно воспроизвести свои воспоминания о травме (обычно называемые имагинальным воздействием). Программы могут также включать упражнения *in vivo* (в естественных условиях), способствующие воздействию ситуаций, объектов или других стимулов окружающей среды, которые вызывают страдания или воспоминания о травме. Как правило, компоненты программ лечения будут сосредоточены на обучении клиентов травматическим и посттравматическим реакциям и выработке у них навыков управления своим дистрессом. Некоторые программы также включают когнитивную переработку и техники управления аффектами. Несмотря на различия в подходах, во многих исследованиях экспозиционная терапия была признана эффективной для лечения пострадавших после широкого спектра травматических событий. Одним из наиболее изученных вариантов экспозиционной терапии является техника пролонгированного подвергания [действию стрессора] (ППДС), разработанная Фoa (2007). Эта программа включает в себя как имагинальные подвергания, так и подвергания *in vivo*, психологическое образование и обучение минимальным навыкам управления тревожностью с четким акцентом на подвергание [действию стрессора]. Исследования показали, что ППДС более эффективна в лечении ПТСР по сравнению с поддерживающим консультированием¹, контрольной группой из списка ожидания² и проблемно-ориентированной терапией³. Результаты лечения с применением ППДС, сопоставимы с результатами, полученными с помощью других программ КПТ,

¹ Поддерживающее психологическое консультирование – один из видов психологической помощи, выделившийся из психотерапии. Психотерапия представляет собой глубокую долговременную работу, нацеленную на изменения в структуре личности, а психологическое консультирование, как правило, является краткосрочным и направлено на достижение клиентами актуальных для них жизненных целей.

² Контрольная группа из списка ожидания – группа участников исследования, которая получает терапевтическое вмешательство после экспериментальной группы. Контрольная группа служит для определения эффективности лечения экспериментальной группы.

³ Проблемно-ориентированная терапия – вид краткосрочной психотерапии, включающий элементы психоанализа, когнитивно-поведенческой психотерапии, гештальт-терапии и телесно-ориентированной психотерапии, ориентированные на пациента и решение его проблем.

включая стресс-инокуляционную терапию (СИТ), терапию когнитивной переработки (ТКП), а также терапию десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ), и они, как правило, сохраняются в течение долгого времени. Исследования по изучению депрессии и тревоги показали, что ППДС также уменьшает и их симптомы. Несмотря на отличный результат, достигнутый благодаря ППДС, некоторые исследователи пытались добавить другие методы лечения к стандартной программе ППДС. В целом эти исследования не выявили никакой особой пользы для добавления к программе ППДС стресс-инокуляционной терапии или когнитивной переработки.

Программы, отличные от ППДС, которые включают значительные компоненты подвергания [действию стрессора], также эффективны в лечении симптомов ПТСР; например, в нескольких исследованиях была изучена программа, разработанная Марксом и др. (1998), очень похожая на программу ППДС, за исключением того, что упражнения на подвергание состояли последовательно из упражнений на имагинальное подвергание в течение первых нескольких сеансов, и упражнений *in vivo* на последних сеансах. Эта программа оказалась более эффективной, чем тренинг релаксации и столь же эффективной, как когнитивная переработка и ДПДГ. Бланшар и др. (2003) сравнили программу КПТ, которая включала написание и перечитывание описания травмы, а также воздействие *in vivo* и дополнительные методы, с поддерживающим консультированием и контрольной группой из списка ожидания; группа, получавшая КПТ, продемонстрировала лучшие результаты, чем те, кто находился в других условиях. Брайант и др. (2003b) исследовали эффективность программы, которая использовала только имагинальное подвергание в сравнении с программой, которая сочетала имагинальное подвергание и когнитивную терапию. В обеих группах наблюдалось более значительное снижение симптомов, чем у лиц контрольной группы из списка ожидания, хотя группа, в которой комбинировалось имагинальное подвергание и когнитивная терапия, улучшила результаты в большей степени, чем группа, которая использовала только имагинального подвергание, по показателям связанных с травмой когнитивных способностей и повторного опыта.

Когнитивная терапия

Как и в случае с экспозиционной терапией, было доказано, что некоторые программы когнитивной терапии эффективны для уменьшения симптомов ПТСР. Эти методы лечения имеют много общих характеристик, хотя некоторые детали в разных программах отличаются. Эти методы лечения фокусируются на выявлении и модификации нефункциональных когниций, связанных с травмой; эти когниции обычно включают неточные или преувеличенные представления о травматическом событии, человеке или мире. Различие между программами лечения заключается в идентификации когниций: одни сосредоточены на мыслях, связанных с текущей жизнедеятельностью, другие – непосредственно на мыслях, связанных с травматическим событием, а третьи уделяют больше внимания осознанию травматических реакций. Когда нефункциональные мысли идентифицированы, терапевт начинает работать с клиентом, чтобы изменить когниции, заменить их более функциональными, используя различные методы, такие как, например, сократическая беседа. Большинство программ когнитивной терапии включают в себя элементы экспозиционной терапии, такие как письменный рассказ о травме, представление в воображении травматического события или упражнения *in vivo*; однако обоснование для включения этих упражнений в процесс лечения, как правило, отличается от такового для экспозиционной терапии, поэтому упражнения на подвержение [действию стрессора], включенные в эти когнитивные программы, обычно короче и реже встречаются, чем те, которые используются в программах, ориентированных на ППДС.

Терапия когнитивной переработки (ТКП) является наиболее широко изученной программой когнитивной терапии ПТСР. В дополнение к основным когнитивным методам, ориентированным на разрешение конкретных вопросов (например, обеспечение безопасности, уважения, близости), теоретически связанных с травмой, ТКП включает компонент подвергания через письмо/чтение и психологическое образование в области травматических реакций. Три исследования показали, что ТКП более эффективна по сравнению с контрольной группой из списка ожидания. Как и в случае с ППДС, в результате применения ТКП, уменьшается депрессия и тревожность, а также ослабляются целевые симптомы ПТСР, и результаты лечения сохраняются после

окончания терапии. Монсон и др. (2006) обнаружили, что применение ТКП в выборке ветеранов показало ее эффективность в уменьшении симптомов ПТСР и тревожности, но группа, получавшая ТКП, не отличалась от контрольной группы из списка ожидания по показателям гипертонизированности и поведенческого избегания. Модифицированная версия ТКП, включавшая дополнительные занятия (некоторые проводились в группах) и обучение навыкам межличностного общения, была эффективна в снижении симптомов ПТСР и депрессии в группе взрослых, переживших сексуальное насилие в детстве.

Второй подход в когнитивной терапии, который кажется эффективным в лечении ПТСР, был разработан Элерсом и его коллегами (2003, 2005). Этот подход несколько отличается от ТКП тем, что он фокусируется на изменении негативных оценок, изменении характера травматической памяти и уменьшении зависимости от краткосрочных стратегий управления дистрессом. В дополнение к когнитивным вмешательствам, эта программа включает в себя ряд методов воздействия, таких как письменный рассказ о событии и посещение места получения травмы. Исследования показали, что это лечение было эффективным в снижении симптомов ПТСР, депрессии и тревожности по сравнению с контрольной группой из списка ожидания.

Третий когнитивный подход фокусируется на изменении когний, связанных с чувством вины за наступление травматического события. Как и в случае других когнитивных методов лечения, эта программа включает ограниченный компонент подвергания [действию стрессора]. Программа также включает в себя обучение ассертивности (самоутверждению), решению проблем и обучению навыкам управления гневом. Эта программа не была изучена так широко, как другие программы когнитивной терапии, обсуждавшиеся ранее, но имеющиеся данные позволяют предположить, что лечение может быть эффективным в снижении тяжести ПТСР, депрессии, чувства вины и низкой самооценки у женщин-жертв домашнего насилия.

Управление тревожностью

Некоторые методы лечения, используемые для лечения ПТСР, направлены на обучение пострадавших от травм контролировать

симптомы тревоги и управлять испытываемым стрессом. Программы стресс-инокуляционной терапии (СИТ) обычно включают в себя ряд различных техник, направленных на управление дистрессом и тревогой, таких как тренировка дыхания и релаксации, разговор с самим собой, тренировка ассертивности (самоутверждения), ролевые игры, скрытое моделирование и пресечение [деструктивных] мыслей. Как правило, эти программы также включают компоненты из других подходов к лечению, таких как ознакомление со связанными с травмой реакциями и когнитивной переработки. Некоторые программы СИТ также имеют элементы подвергания [действию стрессора]. Кроме того, ряд программ, признанные эффективными в лечении ПТСР, включают компоненты управления тревожностью или регуляции эмоций.

Десенсибилизация и переработка движениями глаз

Терапия десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ) изначально не разрабатывалась как программа КПТ, но она имеет много общих черт с экспозиционной и когнитивной терапией ПТСР. Специалисты программы ДПДГ просят клиентов сосредоточиться на ментальном образе своей травмы, в сочетании с любыми негативными мыслями или чувствами, связанными с памятью о травме. Одновременно с этим пациенты участвуют в чередующейся двусторонней стимуляции, такой как быстрые движения глаз. По мере прогрессирования лечения клиенту предписывается ввести альтернативные оценки травмы и затем повторить движения глаз.

Многочисленные исследования показали эффективность ДПДГ. Результаты одного исследования показали значительно большее улучшение симптомов ПТСР после девяти сеансов ДПДГ, чем в контрольной группе из списка ожидания (Rothbaum et al., 2005). Другое исследование показало, что лечение ДПДГ было более эффективным, чем стандартная психиатрическая помощь для уменьшения симптомов ПТСР (Marcus et al., 1997).

Непосредственное сравнение программ ДПДГ и ТКП дает неоднозначные результаты. Некоторые предполагают, что ДПДГ может несколько превосходить другие программы лечения; например, в исследовании, сравнивающем результаты после семи сеансов ДПДГ с теми,

что были получены после семи сеансов ППДС в сочетании с СИТ, обнаружилось сопоставимое снижение симптомов ПТСР. Через три месяца после лечения группа, занимавшаяся ДПДГ, имела более низкие показатели симптомов, чем группа ППДС-СИТ, особенно в отношении симптомов интрузии¹. Сообщалось о большей эффективности ДПДГ, чем комбинированное лечение подверганием [действию стрессора] и когнитивной переработкой. Напротив, другие исследования показали, что ДПДГ менее эффективна, чем экспозиционная терапия. В одном исследовании оценки, сделанные после лечения и 3-месячного наблюдения показали, что программа, сочетающая экспозиционную терапию, когнитивную переработку и СИТ, дала более высокие результаты, чем ДПДГ, учитывая некоторое возвращение симптомов в группе ДПДГ. В другом исследовании сравнили экспозиционную терапию, ДПДГ и тренировку релаксации; в этом исследовании экспозиционная терапия привела к большему улучшению симптомов ПТСР, чем релаксация, в отличие от ДПДГ. Некоторые исследования показали в целом сопоставимые результаты лечения с подверганием [действию стрессора] и ДПДГ – оба вида терапии показали большую эффективность по сравнению с контрольной группой из списка ожидания.

Лечение панического расстройства

Когнитивно-поведенческая терапия

Наиболее хорошо изученный КПТ-подход к лечению панического расстройства основан на работе Барлоу и его коллег (2000). Этот подход, иногда называемый терапией контроля паники, сочетает в себе основные элементы КПТ для тревожных расстройств (психообразование, подвергание действию внушающих страх стимулов, когнитивная переработка) для решения проблемы страха, связанного с конкретными местами/ситуациями и физиологическими ощущениями, сигнализирующими о панической атаке. В этой 12-сессионной программе начальная сессия используется для обзорного ознакомления с программой лечения, разработки рабочей модели текущих проблем клиента и

¹ Интрузия – повторное переживание события, сопровождающееся образами, мыслями, ощущениями. Возможны повторяющиеся и вызывающие значительное беспокойство сны о пережитом «кошмаре наяву».

ознакомления клиента с концептуальной моделью, лежащей в основе лечения. Следующие сеансы фокусируются на подвергании клиента interoцептивным¹ сигналам, свидетельствующим о панической атаке (головокружение, одышка, гипервентиляция и повышенный сердечный ритм). Клиенты работают с психотерапевтом, чтобы найти упражнения, которые вызывают физиологические реакции, имитирующие их собственные панические переживания, а затем многократно повторяют эти упражнения, чтобы уменьшить интенсивность своих эмоциональных реакций на вызываемые ими физиологические состояния. Последующие сеансы фокусируются на когнитивной переработке, воздействующей на когнитивно неверную оценку клиентом симптомов паники. Последние несколько сеансов смещают фокус внимания на разработку упражнений для подвергания *in vivo*, чтобы позволить клиентам адаптироваться к различным interoцептивным сигналам и воздействию окружающей среды.

Второй КППТ-подход, доказавший свою эффективность в лечении панического расстройства, основан на работе Кларка и его коллег (1986; 1991). Этот подход имеет много общих черт с программой Барлоу, но он уделяет гораздо больше внимания когнитивной переработке и меньше внимания подверганию клиентов interoцептивным сигналам, чем программа Барлоу. При этой терапии сеансы фокусируются на том, чтобы бросить вызов катастрофическим интерпретациям клиентами своих телесных ощущений и заменить их более реалистичными. В дополнение к некоторому ограничению подвергания клиентов воздействию interoцептивных сигналов, эта программа включает поведенческие эксперименты, предназначенные не для содействия адаптации к interoцептивным сигналам, как в программе Барлоу, а для того, чтобы позволить клиентам оспорить собственные интерпретации сигналов и свою уверенность в том, что эти сигналы влекут устрашающие последствия. Как и в лечении по методу Барлоу, клиентов просят участвовать в экспериментах с упражнениями на подвергание *in vivo*, только не занимаясь обеспечением их безопасности (например, давая возможность держаться за что-то, если у клиентов кружится голова), но наоборот подчеркивают потенциальную возможность такого [вы-

¹ Интероцептивные ощущения – ощущения, сигнализирующие о состоянии внутренних процессов организма.

зывающего опасения] вмешательства в процесс адаптации, считается, что это помогает клиенту опровергнуть устрашающие последствия симптомов.

Многочисленные исследования с использованием этих вариантов терапии подтвердили эффективность КПТ при лечении панического расстройства. Несколько метаанализов¹ методов лечения панического расстройства обнаружили последовательное преимущество когнитивно-поведенческих методов лечения перед контрольной группой из списка ожидания или в сравнении с другими методами (например, плацебо-терапия², поддерживающая терапия, лекарственное плацебо). Во всех исследованиях более 70% тех, кто лечился с помощью КПТ, показали улучшение по сравнению примерно с 25% тех, кто подвергался другим методам лечения, и эффект от КПТ, сочетающей подвергание [действию стрессора] и когнитивную переработку, был очень значительным. Есть признаки того, что успехи, достигнутые с помощью КПТ, сохраняются с течением времени.

Лечение социальной фобии

Когнитивно-поведенческие подходы к лечению социальной фобии, как правило, включают в себя элементы подвергания [действию стрессора] и методы когнитивной переработки, а также методы лечения других тревожных расстройств. В некоторых случаях они также включают компонент подготовки, предназначенный для устранения выявленного дефицита социальных навыков. В обзоре литературы по психосоциальному лечению социальной фобии Тейлор (1996) определил, что подвергание [действию стрессора], когнитивная переработка,

¹ Метаанализ – объединение результатов различных научных трудов, складывающихся из качественного компонента (например, использование таких заранее определенных критериев включения в анализ, как полнота данных, отсутствие явных недостатков в организации исследования и т.д.) и количественного компонента (статистическая обработка имеющихся данных).

² Плацебо-терапия – один из вариантов психотерапии посредством косвенного внушения или процесса научения. Личность психотерапевта, назначающего лекарство, всегда решающим образом отражается в плацебо-эффектах и тем самым на действии любого медикамента. Результаты лечения зависят от способности специалиста к терапевтической коммуникации и его убежденности в действенности препарата также и тогда, когда речь идет о плацебо.

тренировка социальных навыков и комбинация этих методов лечения превосходят показатели контрольной группы из списка ожидания, если оценки проводились сразу после лечения или во время последующего наблюдения. Один метаанализ литературы по методам лечения показал, что лечение, включающее подвергание (изолированно или в сочетании с когнитивной переработкой), было более эффективным, чем когнитивная терапия или обучение социальным навыкам поодиночке. Однако более поздний метаанализ показал, что все разновидности КПТ являются умеренно эффективными, причем ни один из подходов не выделяется в ту или другую сторону. Таким образом, применение КПТ представляется более эффективным, чем отсутствие лечения социальной фобии, хотя ни одно конкретное лечение не было признано явно превосходящим другие. Кроме того, значительное число людей с социальной фобией не реагируют на КПТ, и даже у тех, состояние которых действительно улучшается, сохраняются значительные остаточные симптомы.

Лечение обсессивно-компульсивного расстройства (невроза навязчивых состояний)

Техника предотвращения воздействия и реагирования (ритуала) (ТПВР) эффективна для уменьшения симптомов обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР), как навязчивых состояний, так и стремлений к совершению компульсивных ритуалов (полный обзор см. Franklin & Foa, 2002). Лечение побуждает клиентов противостоять стимулам, связанным с навязчивым страхом, с помощью воображаемых и натуральных (*in vivo*) упражнений. В отличие от имажинального подвергания [действию стрессора], используемого для пациентов с ПТСР, где основное внимание уделяется подверганию травматическим воспоминаниям, имажинальное подвергание для клиентов с ОКР имеет тенденцию фокусироваться на угрожающих последствиях отказа участвовать в компульсивных ритуалах. Считается, что через подвергание навязчивым мыслям и воздержание от ритуальных действий клиенты привыкают к пугающим ситуациям и отвергают как неадекватные представления об опасности определенной ситуации, так и о [ложной] безопасности, якобы обеспечиваемой совершением ритуалов. В этих

процедурах терапевт фактически не препятствует клиенту выполнять ритуалы; скорее, его просят и поощряют добровольно воздерживаться от ритуальных действий.

Многие исследования эмпирически подтверждают эффективность ТПВР в лечении ОКР по сравнению с контрольными группами из списка ожидания. Несколько рандомизированных контролируемых исследований показали, что ТПВР более эффективно, чем другие методы лечения, например, релаксация и тренинг по управлению тревожностью. Кроме того, результаты лечения ТПВР, по-видимому, сохраняются с течением времени и кажутся не зависящими от процедурных вариаций; однако результаты метаанализа показывают, что четкие инструкции по профилактике ритуальных действий работали лучше, чем инструкции по ограничению ритуальных действий или в случае отсутствия какого-либо инструктирования по предотвращению ритуалов. К тому же комбинация в ходе лечения имагинального и натурального подвержания (*in vivo*) действует лучше, чем только подвержание *in vivo*.

Итог

Таким образом, тревожные симптомы и расстройства вполне поддаются лечению; для большинства расстройств существуют психотерапевтические (в первую очередь когнитивно-поведенческие) методы лечения с доказанной эффективностью. Идентификация реакций тревоги или страха как «симптомов», подлежащих лечению, должна учитывать функциональное воздействие этих реакций и обстановку, в которой они происходят. Это особенно важно применительно к военнослужащим, развернутым для участия в боевых действиях или возвращающимся после развертывания. Страх и тревога являются адекватными реакциями при столкновении с реальными опасностями и должны рассматриваться как патологические только тогда, когда они мешают надлежащему и необходимому функционированию. Аналогичным образом, реакции, которые могут представлять собой симптомы посттравматических реакций (например, нарушение сна, гипервизия), также ожидаемы и являются общими реакциями на травматическое воздействие, которые, вероятно, уменьшатся, когда воздействие прекратится. Идентификация этих реакций как «симптомов»

может быть затруднена, если человек продолжает подвергаться воздействию травматических или потенциально травматических событий, подобно тому, как это происходило во время боевых действий. Полезным эмпирическим правилом для определения патологии этих реакций является оценка функциональных нарушений, связанных с ними.

Источники, на которые ссылается автор

Antony, M. M., & Barlow, D. H. (1996). Social and specific phobias. In D. H. Taylor & A. Tasman (Eds.), Psychiatry: Self-assessment and review (pp. 196–241).

Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Devineni, T., Veazey, C. H., Galovski, T. E., Mundy, E. et al. (2003). A controlled evaluation of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress in motor vehicle accident survivors. Behavior Research and Therapy, 41(1), 79–96.

Bryant, R. A., Harvey, A. G., Sackville, T., Dang, S. T., & Basten, C. (1998). Treatment of acute stress disorder: A comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66, 862–866.

Bryant, R. A., Moulds, M. L., & Nixon, R. D. V. (2003a). Cognitive behaviour therapy of acute stress disorder: A four-year follow-up. Behaviour Research and Therapy, 41, 489–494.

Bryant, R. A., Moulds, M. L., Guthrie, R. M., Dang, S. T., & Nixon, R. D. V. (2003b). Imaginal exposure alone and imaginal exposure with cognitive restructuring in treatment of posttraumatic stress disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71, 706–712.

Bryant, R. A., Moulds, M. L., Guthrie, R. M., Dang, S. T., & Nixon, R. D. V. (2003b). Imaginal exposure alone and imaginal exposure with cognitive restructuring in treatment of posttraumatic stress disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71, 706–712.

Bryant, R. A., Moulds, M., Guthrie, R., & Nixon, R. D. V. (2003c). Treating acute stress disorder following mild traumatic brain injury. American Journal of Psychiatry, 160(3), 585–587.

Bryant, R. A., Moulds, M., Guthrie, R., & Nixon, R. D. V. (2005). The additive benefit of hypnotherapy and cognitive behavior therapy in treating acute stress disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73, 334–340.

Bryant, R. A., Sackville, T., Dang, S. T., Moulds, M., & Guthrie, R. (1999). Treating acute stress disorder: An evaluation of cognitive behavior therapy and supportive counseling techniques. American Journal of Psychiatry, 156, 1780–1786.

Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461–470.

Craske, M. G., Barlow, D. H., & Meadows, E. A. (2000). *Mastery of your anxiety and panic: Therapist guide for anxiety, panic, and agoraphobia* (3rd ed.). Boulder, Co: Graywind.

Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A. H., McManus F., Fennell, M., Herbert, C., & Mayou, R. (2003). A randomized controlled trial of cognitive therapy, self-help booklet, and repeated assessment as early interventions for PTSD. *Archives of General Psychiatry*, 60, 1024–1032.

Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A. H., McManus, F., & Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: Development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 413–431.

Foa, E. B., Hearst-Ikeda, D., & Perry, K. J. (1995). Evaluation of a brief cognitive-behavior program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 948–955.

Foa, E. B., Hembree, E. A., & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences*. New York: Oxford.

Foa, E. B., Zoellner, L. A., & Feeny, N. C. (2006). An evaluation of three brief programs for facilitating recovery after assault. *Journal of Traumatic Stress*, 19(1), 29–43.

Huppert, J. D., Moser, J. S., Gershuny, B. S., Riggs, D. S., Spokas, M., Filip, J., Hajcak, G., Parker, H. A., Baer, L., & Foa, E. B. (2005). The relationship between obsessive-compulsive and posttraumatic stress symptoms in clinical and non-clinical samples. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 127–136.

Marcus, S., Marquis, P., & Sakai, C. (1997). Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting. *Psychotherapy*, 34, 307–315.

Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M., & Thrasher, S. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring. *Archives of General Psychiatry*, 55, 317–325.

Monson, C. M., Schnurr, P. P., Resick, P. A., Friedman, M. J., Young-Xu, Y., & Stevens, S. P. (2006). Cognitive processing therapy for veterans with military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 898–907.

Rothbaum, B. O., Astin, M. C., & Marsteller, F. (2005). Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 607–616.

Salkovskis, P. M., & Clark, D. M. (1991). Cognitive therapy for panic disorder. *Journal of Cognitive Therapy*, 5, 215–226.

Глава 7

ДЕПРЕССИЯ И САМОУБИЙСТВО: МОДЕЛЬ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К СТРЕССУ И ЕЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ

Взаимосвязь между депрессией и самоубийством

Связь между депрессией и самоубийством часто недооценивается и перевирается, причем нередко цитируют, что уровень суицида у страдающих от депрессии составляет 15%; то есть 15% клинически депрессивных людей в конечном итоге погибают от суицида. Эта цифра подверглась тщательному изучению и соответствующей критике, причем Блэр-Уэст, Меллсон и Эйсон-Аннан (1997, 1999) отметили, что для того, чтобы уровень суицида среди страдающих от депрессии составлял 15%, ежегодный уровень самоубийств в Соединенных Штатах должен был бы быть по меньшей мере в четыре раза выше. Хотя уровень самоубийств среди тех, кто страдает от депрессии, выше, чем среди населения в целом, подавляющее большинство депрессивных людей не пытаются покончить с собой и не погибают от суицида, поскольку большинство если и не полностью выздоравливают, то испытывают улучшение симптомов, учитывая наличие целого ряда доступных и эффективных методов лечения депрессии. Даже если бы уровень суицида среди людей с депрессией составлял 15%, то все равно выживало бы целых 85%.

Одна из причин, почему связь между депрессией и самоубийством так часто неправильно оценивается, заключается в том, что более 60% тех, кто в конечном итоге погибает от самоубийства, действительно когда-то страдали широким спектром депрессивных расстройств, но не обязательно в момент смерти. Как отмечают Джойнер, Ван Орден и Радд (2008), низкий базовый уровень самоубийств в общей популяции

еще больше усугубляет проблему, причем уровень самоубийств среди тех, кто страдает от депрессии, скорее всего, находится в пределах 6%, что почти в три раза ниже, чем первоначально предполагалось. Стандартный коэффициент смертности по-прежнему указывает на то, что люди с тяжелой депрессией имеют в 20 раз больше шансов погибнуть от самоубийства, чем кто-либо из общей популяции. Однако суть проблемы заключается в том, что даже 20-кратное увеличение низкого базового уровня самоубийств для населения в целом все еще приводит к относительно небольшому общему проценту, что делает самоубийство статистически редким событием. Независимо от того, как эти данные интерпретируются, депрессия действительно является значимым фактором риска суицидальности, включая сюда мысли о самоубийстве, попытки самоубийства и смерть в результате суицида; однако это не единственный диагноз и клинический синдром, вызывающий беспокойство. В конечном счете, то, что привлекает наибольшее общественное (а иногда и клиническое) внимание, – это суицидальность (угроза самоубийства). «The Washington Post» (Priest, 2008) недавно отметила пятикратное увеличение числа попыток самоубийства и значительное увеличение числа самоубийств среди военнослужащих армии США с начала войны в Ираке. Это подчеркивает необходимость эффективно-го, действенного и своевременного лечения суицидальности. Несмотря на низкий базовый уровень самоубийств, эти показатели тем не менее вызывают тревогу, особенно по сравнению с другими причинами смерти. И в свете доступных и эффективных методов лечения (как психотерапевтических, так и медикаментозных) психических заболеваний смерть от самоубийства, безусловно, трагична.

Психическое заболевание, смерть от самоубийства – это, конечно, трагедия. Во всем мире ежегодно происходит почти миллион самоубийств. Точные данные о попытках самоубийства накапливать гораздо сложнее. Самые лучшие и самые консервативные оценки на сегодняшний день показывают, что до 5% населения США совершало попытку самоубийства (примерно 15 миллионов взрослых), причем на каждую смерть приходится более 25 попыток. Оценки суицидальных мыслей сильно варьируют в зависимости от конкретной изучаемой популяции (клинические и неклинические проявления). Линехан (1982) подсчитала, что 31% людей из клинической популяции и 24% населения в

целом в какой-то момент жизни приходили мысли о самоубийстве. Из этих оценок неясно наличие или отсутствие намерения умереть, что затрудняет интерпретацию данных и их осмысленное использование. Несмотря на значительные различия в наблюдаемых показателях, вполне разумно говорить, что суицидальность (широко трактуемая как одиночные или неоднократные покушения на самоубийство, так и смерть в результате суицида) является серьезной и постоянной проблемой общественного здравоохранения и областью особой и специальной заботы военных. Развертывание в зоне боевых действий, в частности, предъявляет много специфических требований и очень осложняет работу военных психологов. Очень важно иметь работоспособную и эмпирически обоснованную модель для понимания и лечения проблемы суицидальности. Кроме того, крайне важно иметь модель, которая хорошо адаптируется к необычным условиям лечения. Как будет обсуждаться далее, исследование результатов лечения позволило нам выявить «общие элементы лечения, которые работают» с суицидальными пациентами; все они несложны, гибки и могут использоваться в широком диапазоне условий лечения, а некоторые элементы – даже в зонах боевых действий.

Проработав военным психологом во время войны в Персидском заливе, я очень хорошо осведомлен о типе и характере принятия решений в области психического здоровья в военное время. Депрессия и суицидальность, безусловно, являются двумя основными проблемами, которые серьезно ограничивают боевую эффективность солдата, и имеют серьезные последствия для безопасности и эффективности действий крупных и мелких войсковых подразделений. В этой главе предлагается широкая концептуализация подходов к лечению депрессии и суицидальности, основанных на использовании модели предрасположенности к стрессу, и определяются общие элементы методов лечения, которые могут быть эффективно использованы в различных условиях. Поскольку суицидальность является наиболее экстремальным проявлением психиатрической симптоматики, многократно детерминированной (например, депрессией, тревожностью, злоупотреблением психоактивными веществами), и одной из сложнейших проблем, возникающих в клинической среде, она является центральным звеном модели предрасположенности к стрессу, обсуждения ме-

тодов последующего лечения и содержания повседневной клинической помощи.

То, что имеет решающее значение для понимания связи между депрессией и самоубийством (а также множеством других психических расстройств и самоубийством), наряду с возникновением и сохранением суицидальности с течением времени, является экономной и эмпирически обоснованной теорией. Полезная и эмпирически подтвержденная теория приводит к эффективным парадигмам лечения. Наиболее часто цитируемый подход к пониманию, моделированию и лечению суицидальности – это некоторый вариант модели предрасположенности к стрессу, причем природа предрасположенности несколько видоизменяется, но большинство видов моделей вращается вокруг распознавания и лечения когнитивных видов предрасположенности. Это особенно важно при рассмотрении методов лечения, которые доказали свою эффективность. Что касается когнитивных видов предрасположенности к депрессии и суициду, то этот список является относительно длинным, включая беспомощность, безнадежность, когнитивную ригидность¹, смещение внимания, чрезмерно генерализованную память, нефункциональные установки, когнитивные искажения (негативные автоматические мысли², схемы и базовые убеждения) и, в конечном счете, нарушение разрешения проблем. В большинстве когнитивно-ориентированных подходов нарушение разрешения проблем рассматривается как возможное и наблюдаемое следствие когнитивных нарушений и дисфункций, которые принимают различные формы.

Доводы в пользу значения видов когнитивной предрасположенности

Шотт и Клам (1982) одними из первых предложили эмпирическую поддержку модели предрасположенности к стрессу для объяснения суицидальности; элементы их модели включают негативные жизненные

¹ Ригидность – неготовность к изменениям программы действия в соответствии с новыми ситуационными требованиями

² Автоматические мысли – мимолетные оценочные мысли, возникающие как реакция человека на те или иные обстоятельства и не являющиеся результатом размышлений, умозаключений, не обязательно опирающиеся на доказательства, но обычно принимаемые им за истину.

события, когнитивную ригидность, недостаточные навыки разрешения проблем и безнадежность. В основе теории лежит предрасположенность к когнитивной ригидности, причем те, кто проявляет когнитивную ригидность, испытывают трудности в разрешении проблем (т. е. трудности с выработкой, проверкой и изменением возможных решений), а также повышенную вероятность безнадежности и в конечном итоге суицидальности (включая мысли о суициде и попытки самоубийства). Подход Шотта и Клама во многом схож с теорией безнадежности для депрессии, предложенной Абрамсон (1989). Абрамсон и др. предоставили убедительную эмпирическую поддержку важной роли когнитивных процессов в возникновении тяжелой депрессии. В частности, они обнаружили, что склонность приписывать негативные жизненные события неизменяемым и глобальным причинам (например, «я не получил работу, потому что я тупой») создает значительную «предрасположенность к безнадежной депрессии, к настроению, характеризующемуся печалью, суицидальностью, низкой энергией, апатией, психомоторной задержкой, нарушением сна и плохой концентрацией внимания». Диксон, Хеппнер и Радд (1991) распространили работу Шотта и Клама на военную популяцию, причем результаты оказались идентичными, несмотря на уникальный характер выборки. С момента появления этих ранних работ в литературе появилось несколько вариантов модели предрасположенности к стрессу, причем почти все они зависели, по крайней мере частично, от оригинальной когнитивной модели, предложенной Беком (1967, 1976).

*Когнитивная теория Бека – существенная основа
для понимания и лечения суицидальности*

Центральное место в концепции когнитивной предрасположенности к депрессии и самоубийству занимает постулат, гласящий, что значение, которое индивид придает различным жизненным событиям и переживаниям, имеет решающее значение для понимания аффективной/эмоциональной реакции и связанного с ней поведения. Короче говоря, то, как человек воспринимает событие, имеет важное значение для понимания эмоциональных и поведенческих коррелятов и обеспечивает основу для эффективного лечения. В соответствии с

когнитивной теорией, одни только стрессоры и события окружающей среды не объясняют депрессию или суицидальность. Хотя условия развертывания и боевое воздействие, безусловно, являются необычными и специфическими стрессорами, у большинства солдат не развивается психическая симптоматика, вторичная по отношению к такому воздействию. Индивидуальная интерпретация и восприятие играют центральную роль в понимании эмоционального воздействия и поведенческих реакций, включая суицидальность, отсюда возникает понимание важности разновидностей когнитивной предрасположенности, таких как ошибки атрибуции¹, когнитивные искажения, ригидность, искажение внимания, свехгенерализация² памяти и нарушение навыков решения проблем. Все солдаты вступают в бой с предустановленной когнитивной перспективой, развивавшейся по индивидуальной траектории, которая вполне может иметь скрытые точки уязвимости или низкую резилентность.

Бек, Браун, Берчик и Стюарт (1990) подчеркивали когнитивные аспекты функционирования психики в понимании депрессии и суицидального поведения, полагая, что центральным фактором является возникновение негативных автоматических мыслей, связанных с ними схем, базовых убеждений и последующей безнадежности (определяемой как негативные ожидания на будущее). За последние несколько десятилетий накопились значительные эмпирические данные, подтверждающие роль безнадежности для объяснения самоубийств и попыток самоубийства. Важно отметить, что Бек постулировал, что безнадежность пронизывает все аспекты когнитивной триады – то есть убеждений о самом себе, об окружающих и о будущем. Говоря о депрессии и самоубийстве, важно понимать, что когнитивные процессы (в том числе неадаптивные) не случайны, они определяются нашими индивидуальными траекториями развития, включая индивидуальные особенности каждой жизни, в частности имевшими место в прошлом травмами.

¹ Атрибуция (лат. *attributio* – приписывание) – объяснение причин поведения другого человека или социальных объектов.

² Свехгенерализация памяти – неспособность извлекать из памяти конкретные воспоминания. Вместо этого вспоминаются общие воспоминания, такие как повторяющиеся события или события, происходившие в течение длительных периодов времени.

В тех случаях, когда речь идет о самоубийстве, главной проблемой считаются негативные схемы и базовые убеждения личности. Кларк и Бек (1999, с. 79) определили схемы как «относительно устойчивые внутренние структуры сохраненных родовых или прототипических признаков стимулов, идей или переживаний, которые используются для осмысленной организации новой информации, тем самым определяя, как воспринимаются и концептуализируются явления». Соответственно, схемы играют центральную роль в понимании того, как кто-то организует и воспринимает мир. В частности, предшествующая история злоупотреблений или травм индивида, вероятно, приведет к выработке негативных схем по многим направлениям, создавая основу для позднейших трудностей, вторичных по отношению к нескольким проблемам обработки идентифицируемой информации, отмеченным ниже. Бек (1996, с. 16) определил базовые убеждения как «наиболее фундаментальные; они являются глобальными, твердыми и сверхгенерализованными». Жесткая и негибкая природа базовых убеждений усугубляет проблему, особенно в периоды острого стресса или кризиса. Когда человек чувствует себя никчемным, это делает задачу переработки и эффективного применения уникального боевого опыта еще более трудной. Считается, что негативные схемы, автоматические мысли и базовые убеждения личности вторичны по отношению к психологическим нарушениям (например, к депрессии и тревожности), а конечным результатом является необъективная, искаженная обработка информации. В некотором смысле это намекает на потенциальную возможность возникновения хронических проблем. У тех, кто наиболее уязвим во время развертывания и боевых действий, суицидальность, вероятно, будет свидетельствовать о давней психопатологии. Когнитивно-ориентированные модели предрасположенности к стрессу подчеркивают необходимость тщательного обследования и выявления в прошлом травм, которые могут служить генезисом для более поздних проблем. Искажение обработки информации выражается в искажении внимания и сверхгенерализации памяти, что в конечном итоге приводит к ухудшению способности к выполнению повседневных задач. Для специалистов в области психического здоровья результатом, поддающимся наблюдению, является нарушение психологического функцио-

нирования и вытекающие из этого симптомы, характерные для психических расстройств оси I и II.

Венцель и др. (2008) предположили, что существуют не только депрессивные, но и суицидальные схемы – то есть убеждения, непосредственно связанные с обострением безнадежности и возникновением желания умереть. Другими словами, суицидальные схемы – это убеждения, которые обеспечивают мотивацию или намерение умереть, например: «Я ничего не стою и не заслуживаю жить. Я – обуза для своей семьи. Им будет лучше, если я умру». Аналогичным образом, Радд (2006) предложил наличие суицидальной системы убеждений, отметив, что безнадежность является распространенной, но не единственной особенностью нарушения обработки информации. Радд (2006) выделил несколько тем, характеризующих суицидальную систему убеждений, включая убежденность в собственной беспомощности («Я не могу решить эту проблему»), непривлекательности («я не заслуживаю жить»), неспособности переносить страдания («я больше не могу терпеть эту боль») и предполагаемой обременительности для окружающих («всем было бы лучше, если бы я умер»). Все эти убеждения указывают на лежащие в их основе когнитивные предрасположенности, которые подлежат излечению.

По данным Радда (2006) и Венцеля (2008), фокусировка на неадаптивной информации происходит за счет [игнорирования] позитивной, продуктивной (опровергающей симптом) информации, которая может породить чувство надежды и привести к улучшению. Считается, что вследствие этого возникает целый каскад проблем с обработкой информации, приводящих к ухудшению качества выполнения повседневных задач. У людей с тяжелой депрессией, склонных к суициду, наблюдается двоякое искажение обработки информации, как внимания, так и памяти. Венцель и др. (2008) высказали предположение о наличии искажения внимания, связанного с суицидом, которое приводит к избирательной обработке депрессивных и суицидальных стимулов; другими словами, те, кто находится в группе риска, размышляют о доводах в пользу смерти, а не о причинах продолжать жить. Искаженное внимание концептуализируется как очень реальное когнитивное нарушение, вторичное по отношению к депрессии, тревожности или другому действительному диагнозу. Конечным результатом является

обострение безнадежности, активизация негативной схемы и негативных базовых убеждений (о себе и других), усиление симптоматики и увеличение риска самоубийства.

Аналогично, суицидальные личности также свидетельствуют о нарушении процессов памяти, включая сверхгенерализацию. Считается, что сверхгенерализация памяти усугубляет безнадежность и затрудняет решение проблем во время суицидального кризиса, поскольку вполне вероятно, что суицидальная личность будет испытывать проблемы с припоминанием конкретных причин жить, возможных способов решения конфликта или того, что может питать надежду. Было обнаружено, что люди, склонные к суициду, испытывают заметные трудности с припоминанием конкретных позитивных переживаний, которые могут служить некоторой профилактикой в периоды острого стресса. Появляющиеся данные свидетельствуют, что природа когнитивной predisposedности многослойна и многократно детерминирована, она включает проблемы с атрибуцией; негативные автоматические мысли, базирующиеся на глубинных установках, схемы и базовые убеждения; искажение внимания; и нарушение функционирования памяти, а также возможные трудности в решении повседневных проблем и совладании.

В последние годы произошли некоторые важные изменения в когнитивной теории и, соответственно, в ее клиническом применении. В некотором смысле это является признанием недавних эмпирических результатов, свидетельствующих о наличии многодетерминированной и многослойной когнитивной системы с рядом идентифицируемых когнитивных predisposedностей. Бек (1996) модифицировал традиционную линейную когнитивную теорию и предположил наличие модусов. Модусы определяются как структурные/организационные объединения, содержащие схемы. Модусы – это взаимосвязанные сети когнитивных, аффективных, мотивационных, физиологических и поведенческих схем, которые активируются одновременно соответствующими внутренними и внешними событиями. Бек предположил, что повторяющаяся активация модусов снижает порог их активации в будущем, тем самым формируя чувствительность или уязвимость перед будущими проблемами. Радд и др. (2004) применили теорию модусов к самоубийству, предложив понятие суицидального модуса, также характеризующегося безнадежностью, концептуализированного как

«суицидальная система убеждений». Впоследствии Радд (2006b) расширил понятие суицидального модуса и предложил *теорию текучей уязвимости* (ТТУ) для объяснения живучести когнитивной предрасположенности к суициду. Короче говоря, ТТУ объясняет возникновение, последующее разрешение и повторное возникновение суицидальности в течение длительных периодов времени. Центральное положение ТТУ заключается в том, что целый ряд факторов, как внутренних (например, мысли, чувства), так и внешних (например, боевое воздействие), может активировать суицидальный модус и связанную с ним суицидальную систему убеждений, причем периоды суицидального риска хоть и ограничены по времени, но уязвимы для повторной активации, особенно если человек имеет низкий порог активации. Наиболее уязвимыми являются лица с травматическим прошлым и предыдущими попытками самоубийства.

Венцель, Браун и Бек (2008) расширили теорию модусов в четырех важных аспектах, важных для понимания природы когнитивной предрасположенности. Во-первых, они прояснили природу суицидальных когниций, проведя различие между когнициями, характеризующимися безнадежностью, и теми, которые характеризуются ощущением невыносимости [жизни], признав множество тем безнадежности, согласующихся с работой Радда (2006b). Во-вторых, данная модификация помогла прояснить взаимосвязь между факторами риска, психическими заболеваниями, активацией суицидальных когнитивных установок, связанным с ними эмоциональным расстройством и саморазрушающим поведением и выявила различные когнитивные пути к суицидальности. Более конкретно, различные суицидальные убеждения связаны с различными стрессорами, факторами риска и психическими симптомами. Другими словами, указанные авторы сохранили понятие специфичности когнитивного содержания, когда различные убеждения связаны с различными симптомами, расстройствами и поведенческими проблемами. Вполне возможно, что те, кто находится в военной или боевой обстановке, имеют определенные уникальные особенности в своих суицидальных схемах, особенно учитывая уникальную природу [военного или боевого] стрессора. Исследования до сих пор не подтвердили эту гипотезу, но некоторые темы безнадежности возможно

специфичны для военной среды (например, вина выжившего перед погибшими друзьями).

Одним из уникальных и привлекательных элементов подхода Бека и последующей разработки Радда является интегративный характер их теории. Хотя когнитивный процесс (например, когнитивная триада, связанные с ней базовые убеждения, безнадежность) является центральным для понимания депрессии и суицидальности, теория модусов интегрирует аффективные, мотивационные, физиологические и поведенческие элементы более четко, чем некоторые другие психологически обоснованные подходы. В результате теория гибка и допускает интеграцию социальных факторов, отношений, формирования навыков (например, тренировку регуляции эмоций) и специфических стрессоров, таких как боевое воздействие, наряду с множеством других. Тем не менее, несмотря на это, существует гипотеза, что не только поведенческие, но и когнитивные изменения, играют главную роль в эффективности и устойчивости результатов лечения. Стоит упомянуть несколько теоретических вариантов, в том числе работы Линехан (1993), Уильямса (2001) и Джойнера (2005).

Теория Уильямса: важность сверхгенерализации памяти

Как упоминалось выше, Вильямс и др. авторы (2006) отмечали важную роль, которую играет в суицидальном процессе сверхгенерализации памяти. Вкратце, Уильямс и его коллеги предоставили убедительные эмпирические доказательства того, что люди, подверженные риску суицидального поведения, имеют нарушения в автобиографической памяти. Другими словами, у них наблюдается дефицит конкретики автобиографической памяти, что затрудняет припоминание причин жить и доступ к другому когнитивному материалу, облегчающему как обретение надежды, так и разрешение проблем (в различных формах) в периоды острого и длительного стресса. Те, кто находится в группе риска, в периоды стресса проявляют склонность размышлять о доводах в пользу смерти. Это особенно заметно в таких специфических обстоятельствах, как боевые действия. По-видимому, сверхгенерализация памяти не коррелирует с тяжестью депрессии или связанного с ней нарушения настроения. По-видимому, это относительно независимая

когнитивная и психологическая переменная, повышающая риск самоубийства, особая когнитивная предрасположенность с ясно выраженными показаниями для лечения. Уильямс не смог определить конкретный механизм действия сверхгенеральной автобиографической памяти, но сообщил убедительные эмпирические данные, которые связывают ее с травмой, особенно полученной в детском и подростковом возрасте. Без сомнения, негативные последствия травм наблюдаются у тех, кто подвергается [психотравмирующему] воздействию боевых действий и последующему развитию посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Вопрос о том, являются ли люди с множественными травмами более уязвимыми, еще предстоит определить. Это открытие имеет важные следствия для скрининга и прогнозирования риска в необычных и экстремальных обстоятельствах, таких как боевые действия, особенно у тех, кто до развертывания злоупотреблял [психоактивными веществами] или был травмирован. При лечении пациентов, у кого в прошлом была травма, требуется бережное и тщательное изучение их предыдущих способов совладания в периоды острого и длительного стресса.

С точки зрения перспектив выживания предполагается, что сверхгенерализация памяти способствует рассеянию негативных эмоций (и сокращает возможный психологический ущерб), что соответствует действию механизма аффективной селекции¹. Осложнение от аффективной селекции, однако, заключается в том, что сверхгенерализация памяти способствует эскалации риска суицидального кризиса, ограничивая способность решения проблем и ориентированное на будущее мышление (т. е. надежду). Хотя при сверхгенерализации памяти, по мнению Уильямса, притупляются непосредственные эмоциональные расстройства и дисфория, это дается дорогой ценой. Уильямс обобщил эмпирические данные о последствиях сверхгенеральной памяти в отношении суицидальности: (1) эпизоды эмоционального расстройства длятся более длительное время, выступая вторичным фактором по отношению к нарушению способности к решению проблем; (2) сверхгенерализованная память ухудшает способность к решению меж-

¹ Нейронные теории аффективных процессов предполагают, что люди могут быть более настроены на различные сенсорные каналы во время различных аффективных состояний.

личностных проблем (т. е. имеет социальные последствия); и (3) она ограничивает способность индивида мыслить в терминах будущего и питать надежду [на лучшее]. В «сухом остатке» остается повышенный риск самоубийства, в широком смысле этого слова. Как видим, у сверхгенерализации памяти есть и социальные последствия. Это особенно верно в отношении военной обстановки и имеет весьма реальные последствия для функционирования подразделения, что необходимо учитывать и что влияет на окончательное клиническое решение.

*Диалектическая поведенческая теория Линехан
и теория регуляции эмоций*

Диалектическая поведенческая терапия (ДПТ) Линехан (1993), возможно, наиболее известная терапия суицидальности, основана на важности регуляции эмоций и патологического варианта – дисрегуляции эмоций. Линехан предположила, что нарушение регуляции эмоций играет центральную роль в понимании и изменении суицидального поведения. Эмоциональная регуляция имеет как когнитивный, так и межличностный компоненты, причем акцент делается на транзактном характере отношений. Эмпирическая база ДПТ является самой сильной среди всех теорий лечения суицидальности. Шесть рандомизированных контролируемых исследования задокументировали эффективность лечения, причем в двух из них было продемонстрировано снижение частоты попыток самоубийства после лечения.

В отличие от некоторых других обоснованных психологических теорий, Линехан (Linehan, 1993) признала важность как биологических, так и социальных факторов и предложила систему «окружающая среда-личность», важную для понимания суицидальности. Она подчеркнула транзактный характер модели и таким образом дифференцировала свой подход от традиционных моделей предрасположенности к стрессу. В соответствии с концепцией реципрокного детерминизма¹, Линехан предположила, что индивидуальное функционирование и условия окружающей среды являются «взаимно и непрерывно ин-

¹ Реципрокный детерминизм – теория, согласно которой поведение человека есть результат взаимодействия личностных факторов, включая мышление и познавательную способность, явлений окружающей среды и действий самого человека.

терапевтическими, взаимными и взаимозависимыми» (стр. 39). В основе этой теории лежит то, что индивиды и окружающая среда постоянно приспосабливаются друг к другу и, соответственно, влияют друг на друга и изменяют друг друга. Как и в случае с теориями Бека (1967) и Вильямса (2006), в теории Линехан базовая предрасположенность является когнитивной, сопровождающейся нарушением регуляции эмоций, что в конечном итоге ухудшает способность к решению проблем и к использованию возможной и доступной социальной поддержки. Транзактный подход также учитывает биологическое влияние; т.е., человек с осложненной генетической наследственностью может проявлять психопатологию, несмотря на благоприятную среду и заботливое окружение, хотя это, конечно, менее вероятно.

Подход Линехан (1993) резко контрастирует с более традиционными линейными моделями, особенно с моделями предрасположенности к стрессу. Она выделила две важнейшие подсистемы: подсистему окружающей среды и подсистему поведения. Подсистема окружающей среды включает социальную поддержку, изменение жизни, суицидальные модели и суицидальные последствия (т. е. усиление суицидального поведения и связанные с ним непредвиденные обстоятельства). Проблема окружающей среды особенно остро стоит в военное время. Выводят пострадавших солдат из состава подразделения? Их госпитализируют? Их эвакуируют в Штаты? Подсистема поведения включает в себя физиологические и аффективные элементы, когнитивную систему и наблюдаемую моторику. Особое значение имеет то, что реакция индивида на стресс и умение регулировать эмоции определяются, по крайней мере частично, его природой и физиологией. Глубинная природа человека характеризуется чувствительностью к негативным стрессорам и резким эмоциональным реакциям усугубляющейся плохо развитыми навыками эмоционального восстановления. Доказательством чего является роль, которую играет приобретенная психопатология (например, депрессия, посттравматическое стрессовое расстройство) в ухудшении навыков регуляции эмоций и связанной с этим способности к решению проблем. Согласно Линехан, суицидальное поведение (и связанные с ним факты самоповреждения и увечья) возникает как попытка справиться с аффектом или как-то урегулировать его, а не обязательно потому, что человек действительно мотивирован умереть.

Очевидно, это фундаментальное предположение определяет характер лечения, а регулирование эмоций является необходимым навыком для достижения цели.

Теория Джойнера и межличностные последствия

Джойнер (2005) предположил, что психологические факторы накладываются на межличностные, повышая вероятность самоубийства, понимая под этим как желание умереть, так и способность сделать это. Во многих отношениях Джойнер предлагает рассматривать двойственные предрасположенности, подобно Линехан, в том числе когнитивные и межличностные. Считается, что желание умереть, совершив самоубийство, является функцией двух межличностных конструкторов: восприятия собственной обременительности (т. е. ощущения себя обузой для друзей и близких) и нарушения собственной принадлежности (т. е. снижение чувства принадлежности к группе (обществу) или социальной отчужденности), которые являются когнитивными предрасположенностями, возникающими в межличностном контексте.

Джойнер предполагает, что нарушение принадлежности следует из неудовлетворенной потребности принадлежать [к некоей человеческой общности, структуре]. Восприятие обременительности является результатом неспособности вступать в значимые взаимоотношения. Способность к самоубийству определяется как бесстрашие перед болью, травмами и смертью. Джойнер считает, что люди приобретают способность к самоубийству через многократное переживание болезненных и других провоцирующих событий, таких как самоповреждение, драки, случайные травмы, – следствия из высокорискованного поведения, – и под влиянием условий профессиональной деятельности, например, как у солдат и врачей. Теория Джойнера, в частности, определяет боевое воздействие как особенно вредное для тех, у кого есть базовая предрасположенность к стрессу. Солдаты из-за многократного воздействия опасных для жизни событий [и связанного с ними привыкания к страху] подвержены развитию самого опасного фактора риска – способности к самоубийству [вследствие утраты страха перед смертью]. Как прямое, так и косвенное воздействие может усилить способность к самоубийству, а это означает, что те, кто находится в зоне

боевых действий, уязвимы, независимо от того, подвергались ли они непосредственно [психотравмирующему] влиянию боевых действий. С другой стороны, те, кто убирает и обрабатывает умерших в морге, также подвергаются особому риску. Конечным результатом многократного воздействия таких событий является утрата инстинктивного *страха смерти* и того, что часто называют инстинктом выживания или мотивом самосохранения.

Именно взаимодействие множества факторов, по теории Джойнера, приводит к смерти от самоубийства. Одного только суицидального желания недостаточно. Чтобы человек совершил самоубийство, суицидальное желание должно сочетаться с приобретенной способностью причинять смертельный вред. Короче говоря, самоубийство – это результат трех пересекающихся элементов: нарушения принадлежности, восприятия обременительности и приобретенной способности к самоубийству, причем базовая предрасположенность опирается на когнитивную основу. Впечатляюще растущий объем [исследовательских] работ обеспечивает эмпирическую поддержку теории Джойнера (2005).

Выбор действенных методов лечения

В литературе освещается пятьдесят три клинических способа лечения суицидальности, причем большинство из них (53%) ориентированы на когнитивно-поведенческую терапию (КПТ). Когнитивно-поведенческая терапия подходит для тех, кто находится в военной обстановке, особенно во время развертывания. Некоторые краткосрочные форматы КПТ фактически поддаются использованию в боевых условиях, требуя немного времени [на лечение], проводимого в отрыве от подразделения. В отношении терапии суицидальности, однако, краткосрочные вмешательства, вероятно, будут проблематичными, учитывая, что те, кто имеет в анамнезе попытки самоубийства, в особенности многократные, как известно, вынуждены бороться с гораздо более тяжелой и стойкой психопатологией. По большей части подходы, основанные на КПТ, являются оперативными и несложными, что является важным соображением в военной среде, где решающее значение имеет универсальность и гибкость применения. Безусловно, можно утверждать, что особенности КПТ облегчают обучение специалистов и распространение

ние ее методов. При рассмотрении методов лечения суицидальности особое значение имеют два вопроса: во-первых, какие методы лечения действительно работают? Другими словами, какие из них снижают частоту попыток самоубийства после оказания медицинской помощи? Во-вторых, что у них общего, что может помочь нам понять, почему они работают? Также важно учитывать любые последствия для клинической практики в нетипичных условиях, таких как военные, особенно при развертывании войск. Хотя еще предстоит провести ряд исследований, которые точно ответили бы на эти вопросы, у нас есть достаточно данных, чтобы поучаствовать в аргументированном обсуждении [на данную тему].

Общие работающие элементы лечения

Лучшим и наиболее точным маркером снижения риска суицида после лечения является снижение числа попыток суицида в течение периода наблюдения. Если мы сосредоточимся конкретно на том, какие методы лечения эффективны в уменьшения попыток самоубийства, а также не имеют серьезных или дисквалифицирующих методологических проблем, то список будет удивительно коротким, включающим только девять методов, ориентированных на КПТ. В соответствии с концепцией моделей предрасположенности к стрессу было продемонстрировано, что ряд других методов лечения уменьшают сопутствующие симптомы, такие как депрессия, тревога, безнадежность и особенности суицидального мышления (например, специфичность и интенсивность). Однако, как уже упоминалось ранее, переменная природа сопутствующих симптомов, таких как суицидальные идеи, депрессия и безнадежность, существенно ограничивает их полезность в качестве исходных показателей. Другими словами, нет ничего удивительного в том, что симптоматика у людей, которые чувствуют себя хуже всего (что характерно для суицидального кризиса), улучшается после немедленного разрешения кризиса.

Как уже упоминалось ранее, важный вопрос заключается в том, существуют ли идентифицируемые общие элементы в различных методах лечения, которые работают на снижение частоты последующих попыток самоубийства. Обзор вышеупомянутых исследований под-

держивает несколько выводов об общих элементах, методах и вмешательствах, которые имеют значение для клинической практики в военных условиях.

Простые модели как основа лечения. Все методы лечения имеют простые теоретические модели, которые встроены в эмпирические исследования, согласуются с подходом предрасположенности к стрессу и подчеркивают важность когнитивных процессов. Все они подчеркивают важность когнитивных способностей, эмоциональной переработки и связанных с ними поведенческих реакций для понимания мотивации к смерти, эмоционального дистресса и в конечном счете изменения суицидального процесса. Несмотря на некоторую искусственность, модели могут быть переведены в линейную и визуальную форму, а рисунок на доске или листе бумаги может улучшить понимание и распознавание целей лечения. Эти методы лечения легко позволяют сесть с пациентами и объяснить им на понятном языке, почему они пытались думать или думают о самоубийстве. Появляющиеся данные, по-видимому, ясно указывают на то, что простые модели работают, но почему именно, мы не знаем. Это действительно наводит на некоторые важные вопросы о клиническом воздействии. Облегчают ли простые и понятные модели возвращение пациентам надежды? Улучшают ли они мотивацию? Чувствуют ли пациенты себя более уверенно и, соответственно, реагируют ли на лечение уменьшением количества кризисов? Легче ли пациенты соглашаются соблюдать требования специалиста? Готовы ли они воспользоваться неотложной помощью, если это необходимо? Снижает ли это число последующих попыток самоубийства? С военной точки зрения, проще ли реализовать простые модели в нетрадиционных условиях? Облегчают ли простые модели обучение не имеющего докторской степени персонала для оказания клинических услуг, тем самым повышая эффективность лечения и обещая в конечном итоге успех?

Обеспечение качества лечения. Качество лечения означает, что клиницисты были обучены по целевому стандарту и обеспечивали надлежащий надзор и контроль в ходе лечения. Однако, вполне вероятно, что существует связь между уровнем сложности теоретической модели и потенциальным качеством лечения. Это еще не доказано эмпирически, но это вполне обоснованная гипотеза. Качество лечения во многих

отношениях согласуется с тем, насколько четко лечение было спланировано, включая его составные части (например, обучение навыкам, антикризисное управление, планы обеспечения безопасности), а также более тонкие аспекты обслуживания. «Инструктивные» подходы, основанные на КПТ, позволяют добиться лучшего качества. В военной среде это особенно важно, поскольку большая часть медицинской помощи оказывается лицами, не имеющими степени доктора наук. Концепция ключевых компетенций¹ требует от клиницистов нацеливаться непосредственно на конкретные маркеры суицидальности, а не на косвенные маркеры, такие как депрессия, тревога и тому подобное. Суицидальность концептуализируется как нечто отличное и отдельное от диагноза оси I или II.

Соответствие цели лечения. Эффективные методы лечения определены и последовательно ориентируются на соблюдение режима на протяжении всего периода лечения. Если говорить более конкретно, то все успешные методы лечения включали в себя мероприятия и техники, нацеленные на выполнение требований специалистов и мотивацию пациентов. Лечение эффективно только в том случае, если пациент активен, вовлечен в лечение и заинтересован. В военной среде согласие на лечение является менее значимым вопросом, но не всегда. Назначение на лечение в приказном порядке, когда оно рассматривается как форма выполнения задач повседневной служебной деятельности, не может гарантировать соответствующей мотивации и приверженности [достижению результатов лечения]. Кто-то может присутствовать на сессиях, но не полностью участвовать в работе и, следовательно, не получать значимой пользы. Соблюдение режима лечения должно быть центральным и основным направлением, с четкими планами относительно того, что делать, если возникнет несоответствие [целей лечения и мотивации пациентов]. Когда мотивация, заинтересованность и вовлеченность падают, они должны стать основной целью усилий терапевта до тех пор, пока задачи их формирования не будут эффективно разрешены. Суицидальность вращается, в значительной степени, вокруг личных мотиваций, побуждений жить или умереть.

¹ Ключевая компетенция (англ. *core competency*) – компетенция, обеспечивающая конкурентное преимущество. Здесь имеется в виду, что при лечении суицидальности необходимо заниматься именно ею, а не сопутствующими заболеваниями, для лечения которых есть соответствующие методы.

Нацеленность на определенные навыки. В соответствии с простыми для понимания теоретическими моделями суицидальности, лежащими в основе процесса лечения, эффективные методы лечения нацелены на четко идентифицируемые наборы навыков (например, регуляции эмоций, управления гневом, решения проблем, выстраивания межличностных отношений, борьбы с когнитивными искажениями). В ходе этих процедур пациенты понимали, что [в их жизни, мыслях и поведении] было неправильно и что нужно делать, чтобы справиться с суицидальными идеями и поведением. У них также была возможность практиковаться и вырабатывать наборы навыков. Это полностью соответствует структурированной военной среде. Один из вопросов, безусловно, вызывающий беспокойство, заключается в том, сколько времени требуется для установления, уточнения и обобщения целевого навыка?

Личная ответственность. Эффективные методы лечения подчеркивают самостоятельность, осознанность и личную ответственность пациентов, указывая, что если бы пациенты развивали соответствующие навыки, то страдание и расстройство, связанные с предшествующими суицидальными событиями, уменьшились бы, как и связанные с ними суицидальные побуждения. В соответствии с этим пациенты возлагали на себя значительную долю ответственности за свое лечение, уделяя особое внимание выявлению предупреждающих признаков суицидальности и управлению кризисными ситуациями. Я бы рекомендовал клиницистам рассмотреть возможность подписания с пациентом соглашения о приверженности лечению, обеспечивающего общую ответственность за лечение, четко формулируя обязанности как врача, так и пациента.

Легкий доступ к лечению и услугам в период кризиса. Эффективные методы лечения подчеркивают важность антикризисного управления и доступа к имеющимся экстренным службам во время и после лечения, при этом определяется четкий план действий. В идеале пациентов учат (в соответствии с подходом предрасположенность-стресс) распознавать предупреждающие признаки, которые могут сигнализировать о возникновении суицидального кризиса, и вмешиваться как можно раньше. Кроме того, эффективные методы лечения чаще всего посвящают время отработке набора навыков, необходимых для эффек-

тивного управления кризисными ситуациями; среди всего спектра используемых творческих техник ролевая игра оказалась весьма важной.

Клиническая практика в военных условиях: специфическая и требовательная среда

Военная служба представляет собой уникальную клиническую ситуацию, требующую гибкого и эффективного вмешательства. Это особенно верно во время развертывания и боевых действий. Специфичность военной обстановки усугубляется потенциально серьезной психопатологией. Как следует из вышеприведенного обзора, многое из того, что мы знаем о лечении суицидальности, может быть применено к военным условиям. Полученные эмпирические данные позволяют предложить практические и конкретные решения для лечения суицидальности и постоянное управление суицидальностью. Если бы мне пришлось резюмировать эмпирические исследования, то вывод был бы следующим: работают простые вещи. Имеющиеся данные указывают на то, что это относится к доказавшим эффективность КПТ-подходам.

Продолжая тему работающих простых вещей, позвольте мне подытожить то, что мы знаем на сегодняшний день. Во-первых, необходимы простые и понятные теоретические модели, которые облегчают пациенту понимание и активное участие в процессе лечения. Проще всего проверить это –попытаться изобразить модель на доске или листе бумаги. Простые и понятные модели также могут повлиять на качество лечения. В большинстве случаев инструктивный характер КПТ-подходов способствует повышению квалификации специалистов, не имеющих докторской степени, что в конечном итоге сказывается на упрощении предоставления психотерапевтических услуг. Для тех военных, кто борется с ПТСР и депрессией, основные темы безнадежности (т. е. элемент суицидальной системы убеждений), несколько своеобразны: (1) сопутствующее чувство вины по отношению к боевым действиям («я забрал жизнь», «я сделал недостаточно» или «почему я выжил?»), (2) стыд (т.е. чувство бесполезности, вторичное по отношению к темам, отмеченным в предыдущем пункте), (3) восприятие собственной обременительности (например, «я должен быть сильным, а я даже не могу прожить день, не развалившись»), (4) беспомощность (например,

«я не могу решить эти проблемы»), и (5) плохая переносимость страданий (например, «я не могу выносить то, что чувствую»).

Простая помощь солдатам в распознавании и понимании появления этих тем безнадежности может быть чрезвычайно мощной. Перевод этих тем в простую и понятную модель суицидального кризиса (как упоминалось ранее) помогает создать ощущение контроля и господства [над обстоятельствами], которое может в значительной степени способствовать смягчению кризисной природы ситуации. Создание понятной модели суицидального кризиса закладывает основу для формулирования и понимания целей лечения, включая важнейший вопрос управления симптомами (включая роль лекарств) на ранней стадии оказания медицинской помощи. Чем лучше солдат понимает, почему что-то с ним происходит, тем больше вероятность того, что он будет сотрудничать с лечащим специалистом.

Также важно решать вопросы мотивации и приверженности лечению с самого начала оказания медицинской помощи. Поговорите с пациентами прямо и последовательно об их мотивации. Несмотря на некоторую очевидность, целенаправленное соблюдение требования [сохранения мотивации к психотерапевтическому обслуживанию] улучшает конечный результат. При лечении суицидальности это очень важно, потому что плохой исход может повлечь за собой смерть. Определите конструкт кризиса, определите шаги к самоуправлению и практикуйте их, чтобы убедиться, что пациенты обладают базовыми навыками, необходимыми для их реализации. Определите, какие навыки должны быть нацелены на восстановление. Выздоровление простирается далеко за пределы улучшения симптомов. Главное – это реакция на будущие кризисы. И наконец, всегда относитесь к личной ответственности как к важнейшему фактору выздоровления. В некотором смысле это совпадает с соблюдением режима лечения, но это отдельный и явно важный аспект индивидуальной мотивации.

В условиях боевых действий и развертывания существует опасность неспособности удержать от суицида солдата, который пережил серьезную депрессию или суицидальный кризис. Проблема риска выходит далеко за рамки отдельного человека, она распространяется на целые подразделения, потенциально ставя под угрозу безопасность других людей. Возьмем, к примеру, вопрос о доступе к огнестрель-

ному оружию. Никто не станет отрицать, что ограничение доступа к огнестрельному оружию в зонах боевых действий в лучшем случае затруднительно, а то и практически невозможно. Вполне возможно, что солдаты, испытывающие серьезные расстройства депрессивного спектра и суицидальные кризисы в зоне боевых действий, просто не имеют адекватных функциональных возможностей для сохранения и не способны сохранить себя от обострения расстройств. Несмотря на отсутствие эмпирических данных, подтверждающих эффективность лечения в таких условиях, мы имеем довольно много свидетельств быстрого выздоровления и реинтеграции в подразделение в военное время. Однако у тех, кто имеет хронический анамнез, крайне маловероятно, что в таком контексте произойдет сколько-нибудь значимое выздоровление. В конечном счете, наука даст ответы на эти вопросы, но можно ожидать, что только очень небольшой процент тех, кто переживает попытки самоубийства, может быть эффективно и безопасно реинтегрирован в такой контекст. Это одна из проблем, последствия которой простираются далеко за рамки отдельного человека в военной обстановке, отсюда следует важность тщательного и глубокого предварительного обследования.

Источники, на которые ссылается автор

Abramson, I. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. Psychological Review, 96, 358–372.

Beck, A. T. (1967). Depression: Causes and treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Beck, A. T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International universities Press.

Beck, A. T. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality and psychopathology. In P. Salkovkis (Ed.), Frontiers of cognitive therapy (pp. 1–25). New York: Guilford Press.

Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R. J., & Stewart, B. L. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. American Journal of Psychiatry, 147, 190–195.

Blair-West, G. W., Mellso, G. W., & Eyeson-Annan, M. L. (1997). Down-rating lifetime suicide risk in major depression. Acta Psychiatrica Scandinavica, 95, 259–263.

Blair-West, G. W., Mellsoy, G. W., & Eyeson-Annan, M. L. (1999). Lifetime suicide risk in major depression: Sex and age determinants. *Journal of Affective Disorders*, 55, 171–178.

Clark, D. A., & Beck, A. T. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of Depression*. New York: Wiley.

Dixon, W. A., Heppner, P. P., & Rudd, M. D. (1994). Problem-solving appraisal, hopelessness, and suicidal ideation: Evidence for a mediational model. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 91–98.

Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Joiner, T. E., Van Orden, K., & Rudd, M. D. (2008). *Clinical work with suicidal patients: The interpersonal-psychological theory of suicidality as guide*. Washington, D.C.: APA Press.

Linehan, M. M. (1982). Suicidal behaviors among clients in an outpatient clinic versus the general population. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 12, 234–239.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Priest, D. (2008). Soldier suicides at record levels. *Washington Post*, January 31, p. A01.

Rudd, M. D. (2006a). Fluid vulnerability theory: A cognitive approach to understanding the process of acute and chronic suicide risk. In P. T. Ellis (Ed.), *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy* (pp. 355–368). Washington, D.C.: American Psychological Association.

Rudd, M. D. (2006b). An update on the psychotherapeutic treatment of suicidal behavior. In J. Trafton & W. Gordon (Eds.), *Best practices in the behavioral management of chronic disease*, Los Altos, CA: Institute for Brain Potential.

Rudd, M. D. (2006c). Treating suicidal behavior: A review. In J. A. Trafton & W. P. Gordon (Eds.), *Best practices in the behavioral management of chronic disease* (pp. 171–190). Los Altos: Institute for Brain Potential.

Rudd, M. D., Joiner, T. E., & Rajab, M. H. (2004). *Treating suicidal behavior* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Schotte, D. E., & Clum, G. A. (1982). Suicide ideation in a college population: A test of a model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 690–696.

Wenzel, A., Brown, G., & Beck, A. T. (2008). *Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Williams, J. M. G. (2001). *Suicide and attempted suicide*. London: Penguin.

Глава 8

ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА: УПОТРЕБЛЕНИЕ, НЕПРАВИЛЬНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ И ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ; РАЗГАДКА ВОЗНИКАЮЩИХ ПРОБЛЕМ И СОВЛАДАНИЕ С НИМИ

*Выпивка – солдатское счастье:
богатое сокровище,
сладкое счастье,
сладкое счастье после боли.*

Джон Драйден (1631–1700)

Введение

Американские военные состоят из здоровых, в основном молодых, сильных, амбициозных, умных, целеустремленных и энергичных мужчин и женщин в самом расцвете сил. Эти совершенно нормальные, здоровые мужчины и женщины экспериментируют и используют те же вещества, что и другие нормальные, здоровые мужчины и женщины в той же возрастной группе. Со времен Американской революции можно найти упоминания об инцидентах, связанных с алкоголем и наркотиками. Воздействие этих веществ на наших военнослужащих, находящихся на службе, а также на тех, кто был переведен с театра военных действий, вышел в отставку, завершил свой срок службы или был уволен, требует тщательного рассмотрения со стороны лечебного сообщества.

После Американской революции солдаты-граждане подняли свои правые руки и поклялись «поддерживать и защищать Конституцию Соединенных Штатов» (Center of military history, 2004). Гордясь этой давней традицией, американские военные занимают жесткую позицию, когда речь заходит об использовании в их рядах психоактивных веществ и злоупотреблении ими. В этой главе дается краткий истори-

ческий обзор расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ в армии, а также обсуждается вопрос о надлежащей диагностике и лечении этого явления. Клиницист найдет здесь информацию, способствующую лучшему пониманию этих расстройств и подготовке соответствующих планов лечения военнослужащих. Обсуждаются несколько аспектов терапии, а также различные вопросы, которые могут возникнуть при работе с такими пациентами.

Предыстория и история

Употребление алкоголя, чаще всего рома, было хорошо известно во время Гражданской войны в Америке. Алкоголь часто использовался в медицинских целях, а также для обеспечения необходимых навыков совладания при нахождении в лагере и перед вступлением в бой. Ежедневное употребление рома не было редкостью в то время, и сообщения о поведении людей, которые сильно пили, были задокументированы вместе с последствиями такого поведения. В 1862 году военно-морской флот перестал включать ром в рацион матросов отчасти под влиянием движения за трезвость среди гражданского населения и законов, запретивших употребление алкоголя в 18 штатах. Вскоре после этого армия Союза ввела аналогичные ограничения, ограничив выдачу для солдат, которые ранее имели тенденцию выпивать свою порцию алкоголя, в тот же момент, как только он был им выдан. Армия в то время обнаружила, что чрезмерное употребление алкоголя коррелирует с возрастанием спроса на услуги местных проституток, что вело к тысячам вспышек венерических заболеваний. Борясь с венерическими заболеваниями, врачи начали использовать виски, смешанный с бузиной, ртутью, тыквой, нитратом серебра и сульфатом цинка, но армия в конце концов решила, что проще ограничить рацион виски, а затем и вовсе прекратить его выдачу.

Во время Гражданской войны было ранено 282 000 солдат Союза. В большинстве случаев для лечения пострадавших применялись опиум, сульфат морфия, лауданум (смесь виски и опиума) и парегорик¹; к сожалению, аналогичные сведения о силах Конфедерации являются

¹ Парегорик – камфорная настойка опия, ароматизированная анисом.

неполными из-за потери и уничтожения записей. Как правило, солдатам давали опиаты или алкоголь только при ампутациях конечностей. Ампутации спасали жизни, но оставили тысячи людей искалеченными, страдающими от боли как физически, так и морально. Согласно медико-хирургической истории войны, солдаты обеих армий получали большое количество опиатных анальгетиков во время активной и восстановительной фаз лечения. Количество опиатных анальгетиков, использованных во время Гражданской войны армией Союза, составило 10 000 000 таблеток опиума и 2 840 000 унций соединений опия. Было подсчитано, что 1,3 миллиона солдат в обеих армиях получали опиаты в рамках оказываемой им медицинской помощи. Неудивительно, что примерно у 120 000 человек развилась значительная зависимость от опиатов. Солдат, у которых была выявлена зависимость, называли «едоками опиума», их лишали заслуженных за Гражданскую войну пенсий.

История злоупотребления психоактивными веществами в период войны во Вьетнаме

Основным веществом, используемым американскими военнослужащими во Вьетнаме, помимо алкоголя, была марихуана, пока во второй половине 1970-х годов ее не вытеснил героин. Согласно оценкам, сделанным в 1971 году, героин употребляли от 25 000 до 37 000 (10–15%) рядовых военнослужащих во Вьетнаме. Употребление героина было выявлено с помощью обычного анализа мочи. В 1971 году президент Никсон попросил доктора Джерома Джеффа разработать программу для всех военнослужащих, возвращающихся из Вьетнама в Соединенные Штаты. Военнослужащие, у которых анализ на наличие наркотических веществ давал положительный результат, должны были пройти 30-дневную программу лечения. В течение первых 6 месяцев после начала этой программы положительный анализ мочи на наркотики снизился с 10% до 2%, теоретически из-за того, что военнослужащие решили прекратить использование героина, чтобы избежать дисциплинарных мер и обязательного лечения. Следующим шагом стало введение должности заместителя помощника министра обороны (по вопросам наркомании и алкоголизма). Эта должность была поручена

чена генерал-майору Синглаубу, в обязанности которого входило планирование и координация основных программ по решению проблемы употребления героина во Вьетнаме. Непрекращающиеся усилия были чрезвычайно успешными в деле общего сокращения употребления наркотиков среди военнослужащих.

Употребление психоактивных веществ солдатами после Вьетнама

Вопреки распространенному мнению, только 5% военнослужащих были признаны зависимыми от героина после окончания службы во Вьетнаме; у 12% из них рецидив наблюдался в течение 3 лет после возвращения с войны. У тех, кто до отправки во Вьетнам уже был наркозависимым, рецидив отмечался примерно через 10 месяцев после возвращения в Соединенные Штаты. Некоторые считали, что частота рецидивов была обусловлена доступностью героина и тем фактом, что потребители находили это вещество приятным и помогающим быстрее коротать время. Многие специалисты сегодня забывают, что вьетнамский конфликт совпал с повышением мирового уровня потребления веществ, изменяющих настроение. Поэтому неудивительно, что две популяции, военная и гражданская, в этом вопросе пересекаются. Например, большинство военнослужащих, классифицированных как тяжелые потребители марихуаны, были таковыми до прибытия во Вьетнам. Большинство (61,0%) военнослужащих сообщили, что употребляли марихуану по крайней мере один раз во Вьетнаме и по крайней мере 31,7% – в течение своей жизни. Проведенное в 1971 году в Форт-Райли в Канзасе исследование показало незначительную разницу в сообщениях об употреблении запрещенных наркотиков у возвратившихся из Вьетнама и не участвовавших в войне военнослужащими. В период войны во Вьетнаме министерство обороны задокументировало успех официальных усилий по борьбе со злоупотреблением алкоголем среди военнослужащих. Из 8000 военнослужащих, уволенных из армии, 7000 продолжили лечение в департаменте по делам ветеранов. В тот же период министерство обороны решило проблему злоупотребления алкоголем, обеспечив лечение 27 000 военнослужащих. Достигнутый рекорд стал основой для последующих весьма успешных

программ министерства обороны по борьбе с наркоманией. В добровольческих вооруженных силах послевьетнамского периода злоупотребление наркотиками по-прежнему является проблемой для руководителей подразделений на всех уровнях командования. В некоторых докладах отмечается, что общие показатели успеха лечения от употребления психоактивных веществ среди военнослужащих неизменно выше, чем среди гражданского населения.

Вопросы, предшествующие набору на службу

Диагностика лиц, поступающих на военную службу, должна проводиться с большой осторожностью. Большинство военнослужащих, поступающих на военную службу, находятся в возрасте от 18 до 25 лет, что совпадает с периодом наибольшего употребления алкоголя и других психоактивных веществ. Люди в этой возрастной группе ссылаются на многочисленные причины, побудившие их начать употреблять психоактивные вещества, эти причины актуальны и для их сверстников, заинтересованных в военной карьере.

Причины начала употребления психоактивных веществ:

Отдых

Социализация

Конформность

Снятие стресса

Импульсивное решение

Избавление от депрессии

Избавление от скуки

Обряд посвящения

Новый опыт

Доказательство сексуальности

Уменьшение беспокойства

Бунт

Самостоятельный опыт

Снятие усталости

Решение личных проблем

Исследования по употреблению психоактивных веществ в настоящее время

Наше понимание расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (например, зависимость от психоактивных веществ и злоупотребление ими), значительно расширилось с 1970-х гг. благодаря работе исследователей и клиницистов в этой области.

Отбор на службу

За наркоторговлю, наиболее серьезное злоупотребление, все компоненты вооруженных сил дисквалифицируют кандидатов для поступления на военную службу, как и в случае алкогольной зависимости (за исключением военно-морского флота, который требует отказывать в приеме на службу, даже если кандидат больше не зависит от алкоголя). Все компоненты вооруженных сил соглашались с тем, что ограниченное или рекреационное употребление марихуаны не требует отказывать кандидату; другими словами, человек, который признает использование марихуаны, все еще может стать военным. Следующий абзац взят непосредственно из текста «Оценка пригодности к призыву в армию: стандарты физического, медицинского и психического здоровья» (с. 153):

«Ограниченное употребление наркотиков, отличных от марихуаны и алкоголя, перед поступлением на службу имеет самые разнообразные градации оценки. После того, как заявитель заполнит форму проверки на злоупотребление наркотиками Армия не потребует отказывать в приеме на службу, в отличие от Корпуса морской пехоты. Военно-воздушные силы выдадут разрешение на службу в случае употребления веществ, не относящихся к наркотикам, таких как амфетамины и барбитураты, но за наркотики дисквалифицируют. Наконец, военно-морской флот также проводит различие между ненаркотическими и наркотическими средствами. В случае употребления веществ, не относящихся к наркотикам, если это произошло более чем за один год до отбора, военно-морской флот не откажет в приеме на службу, но употребление наркотиков при тех же условиях приведет к отказу. Употребление ненаркотических и наркотических средств в течение последних шести месяцев будет основанием для дисквалификации».

Еще один хороший ресурс для гражданского клинициста – это «Руководство для клиницистов по войне в Ираке, 2004», 2-е изд., опубликованное Национальным центром посттравматического стрессового расстройства департамента по делам ветеранов (http://www.ncptsd.va.gov/ncmain/ncdocs/руководства/iraq_clinician_guide_ch_12.документ.pdf). Глава, написанная Ланде и др., «Злоупотребление психоактивными веществами в условиях развертывания» (с. 79-82), содержит превосходную информацию для клинициста, который нуждается в кратком руководстве, что рекомендовать военнослужащим относительно проблемы употребления психоактивных веществ. В настоящей публикации в качестве инструмента скрининга рекомендуется использовать стандартный опросник CAGE:

С – вы пытались *сократить* (*to cut*) употребление [психоактивных веществ]?

А – *раздражали* (*annoyed*) ли вас люди, просившие прекратить употреблять [психоактивные вещества]?

Г – вы когда-нибудь чувствовали себя *виноватым* (*guilty*) за употребление [психоактивных веществ]?

Е – вам нужно было употребить [психоактивные вещества], чтобы *открыть глаза* (*eye-opener*) и начать двигаться [вы употребляли психоактивные вещества для остановки абстинентных симптомов (ломки)]?

Опросник CAGE является одним из самых простых инструментов скрининга, поскольку он портативен и надежен, имеет прочную научную базу и не требует ручки и бумаги для проведения опроса. Опросник CAGE может надежно предсказать наличие зависимости от психоактивных веществ в 70–80% случаев¹.

¹ Тест CAGE оценивают следующим образом:

Положительный ответ на один из четырех вопросов (даже если таковым является последний – четвертый) не дает оснований для конкретных выводов;

Положительные ответы на два вопроса свидетельствуют об употреблении;

Положительные ответы на три вопроса позволяют предполагать систематическое употребление;

Положительные ответы на все четыре вопроса почти наверняка указывают на систематическое употребление, приближающееся к состоянию зависимости;

Отрицательные ответы на все четыре вопроса либо предполагают действительно трезвеннический образ жизни, либо нежелание пациента дать искренние ответы.

Действующий приказ запрещает военнослужащим употреблять алкоголь или нелегальные психоактивные вещества в ходе развертывания. Кроме того, существуют правила и руководящие принципы, регулирующие употребление психоактивных веществ после окончания развертывания и в местах постоянной дислокации. Военнослужащие, которые были замечены в употреблении алкоголя или запрещенных веществ в условиях развертывания, подлежат дисциплинарной ответственности. Гражданские клиницисты должны осознавать, что сообщения военнослужащих о некоторых проступках имеют для них определенные последствия и что они влекут за собой.

Военный кодекс поведения в отношении злоупотребления психоактивными веществами

Употребление алкоголя разрешено законом, но злоупотребление им оказывает влияние на социальные, семейные, финансовые и правовые ситуации. Учитывая, что алкоголь является легкодоступным, недорогим и в большинстве случаев социализированным психоактивным веществом, многие военнослужащие не считают употребление алкоголя или даже злоупотребление им вредным; однако злоупотребление алкоголем создает угрозу военной дисциплине, нормам поведения и чувству гордости за армию. Военные установления обращены к военнослужащим, неспособным контролировать свое поведение до такой степени, что оно дискредитирует униформу Соединенных Штатов. Несколько шагов, отделяющие их от наступления серьезных последствий, разъясняются в главе девятой Единого кодекса военной юстиции, которая гласит:

«Отказ от реабилитации при алкоголизме или других видах наркомании:

Военнослужащий имеет право ходатайствовать о проведении слушания в коллегии административного отдела, если он/она имеет шесть или более лет нахождения на действительной военной службе и службы в резерве в соответствии с пунктом 2-2C(5). Солдат, который имеет менее шести лет выслуги, не имеет права на слушания в коллегии. Основанием для увольнения является злоупотребление алкоголем или другими нар-

котиками, которое есть незаконное, неправомерное или ненадлежащее употребление любого вещества, алкоголя или другого наркотика, если:

- солдат зарегистрирован в программе по борьбе со злоупотреблением психоактивными веществами в армии;
- командир определяет, что дальнейшие усилия по реабилитации не дадут результата, что делает солдата неспособным к реабилитации. Решение об увольнении принимается после консультации с группой реабилитации (см. AR 600-85)».

Влияние армии на употребление психоактивных веществ

Военнослужащий США, находясь на службе, живет очень упорядоченной и дисциплинированной жизнью. Вне службы разрешается дышать в соответствии с интересами и заниматься различными хобби, как это делают гражданские лица; однако военнослужащие остаются ответственными перед армией за свое поведение независимо от того, находятся ли они на службе или нет, и этим они отличаются от работников гражданской сферы. Военнослужащие постоянно представляют Соединенные Штаты Америки, и они должны демонстрировать соответствующее поведение в любое время. Если их поведение не отвечает чести мундира нашей нации, или если такое поведение сопряжено с определенными рискованными действиями, то для военных могут наступить дисциплинарные последствия.

Эти дисциплинарные последствия становятся более строгими, если военнослужащий находится на действительной службе [на театре военных действий]. Стресс, испытываемый военнослужащими в любой момент времени, усиливается, поскольку они могут опасаться не только последствий немедленных дисциплинарных мер, если они окажутся в трудной ситуации, но и потери своего служебного статуса или карьеры.

Многократное участие в развертывании не является редкостью, особенно после 11 сентября 2001 года. Многие военнослужащие, которые хотя бы один раз были развернуты вместе с подразделением, ощущают чрезвычайно сильную связь с товарищами. Для них почти непостижимо, что они не смогут участвовать в развертывании в составе своих подразделений из-за личной провинности, особенно такой,

которую их товарищи обычно считают глупой, например, от чрезмерного употребления алкоголя и недостойного поведения.

Осложняющим фактором послебоевого стресса является употребление алкоголя или других психоактивных веществ, нарушения сна, навязчивые воспоминания и других проблемы. Иногда повышенное употребление алкоголя и других психоактивных веществ может привести к дисциплинарным взысканиям и повлечь направление на лечение. Военнослужащие часто неохотно самостоятельно обращаются за помощью по вопросам, связанным со стрессом, расстройствами настроения или проблемами с употреблением психоактивных веществ. Потребность в помощи у них часто не обнаруживается до тех пор, пока не наступает кризис.

До августа 2007 года действовали правила, в которых говорилось, что «лица, допустившие проступок вторично, а также лица тарифных разрядов E5-E9 [от сержанта до сержант-майора], совершившие проступок в первый раз, должны быть представлены к увольнению. В отношении лиц тарифных разрядов E1-E4 [от рядового до капрала], впервые совершивших правонарушения, кадровый орган будет принимать решение об их увольнении, основываясь на рекомендациях непосредственных и прямых начальников». Эти правила были изменены Сенатским комитетом по делам ветеранов для решения проблемы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и проблемы употребления военнослужащими алкоголя и других психоактивных веществ [в попытках самостоятельно справиться] с ПТСР. Комитет представляет собой группу клиницистов, которая ежегодно отчитывается перед Департаментом по делам ветеранов и Конгрессом. К числу проблем, которыми комитет должен заниматься после возвращения военнослужащих с развертывания, относятся тяжелая депрессия, злоупотребление алкоголем, наркотическая зависимость, генерализованное тревожное расстройство, потеря работы, распад семьи, бездомность, насилие по отношению к себе и другим и тюремное заключение. Комитет сообщил, что

«вместо того чтобы создавать бесконечный лабиринт специализированных программ, каждая из которых привязана к конкретному

диагнозу и лечебному учреждению, Департамент у по делам ветеранов необходимо создать прогрессивную систему сотрудничества с ветеранами и попечения о них и членах их семей в местах проживания. Акцент должен быть сделан на здоровье, а не на патологии; на тренингах, а не на лечении. Главное – это профилактика и, при необходимости, восстановление».

Неудачный исход: ветеранский кейс-стади

Одним из наиболее хорошо документированных случаев истории ветерана, страдавшего от злоупотребления психоактивными веществами и ПТСР является история американского военнослужащего, дольше всех находившегося во вьетнамском плену, полковника Флойда «Джима» Томпсона. Капитан Томпсон 26 марта 1964 года был схвачен и находился в плену до своего освобождения 16 марта 1973 года. До того, как его схватили, он пережил авиакатастрофу, перелом позвоночника, пулевое ранение в щеку и ожоги. Он провел в одиночном заключении 5 из 9 лет плена. Выяснилось, что его пытали, морили голодом и подвергали невыразимо жестокому обращению.

Он родился 8 июля 1933 года в Бергенфилде, штат Нью-Джерси, был младшим из двух братьев. Он вырос в семье, где с ним обращались достаточно сурово, хотя ни один из родителей не употреблял алкоголь. В старших классах он работал в местном продуктовом магазине и проводил выходные, выпивая в Нью-Йорке. Он женился на Элис в июле 1953 года. По словам его жены, первые несколько лет супружества были счастливыми. Элис сказала, что Джим пил всю неделю и возвращался домой поздно вечером в состоянии алкогольного опьянения. Она думала, что он бунтует против своих родителей.

Томпсон был призван в армию США в июне 1956 года. Он хорошо приспособился к военной жизни, отличался отменным здоровьем и был верным солдатом, но в свободное время выпивал не меньше двух раз в неделю. В июне 1963 года он пошел добровольцем в силы спецопераций («зеленые береты») и в декабре того же года начал готовиться к отправке во Вьетнам. Элис в то время была беременна, и у них уже было три маленьких дочери. Элис родила сына 27 марта 1964 года, на

следующий день после пленения Томпсона. Девять лет спустя, после освобождения, Томпсон находился в очень плохом физическом состоянии, испытывал множество проблем со здоровьем, и ему было очень трудно приспособиться к изменениям в окружающей среде, которые произошли после его заключения. Он стал употреблять алкоголь более интенсивно, что еще больше ухудшило его физическое состояние. Стресс усилился, когда он узнал об измене жены во время своего тюремного заключения (она забрала их детей и переехала к другому мужчине). Томпсон сообщил, что ему каждую ночь снились кошмары о его пленении. Врачи прописывали валиум от депрессии и снотворное, хотя и знали, что он употребляет значительное количество алкоголя. В октябре 1974 года он вернулся в Южный Вьетнам, чтобы получить Медаль Почета Южного Вьетнама, но общественное внимание стало постоянным напоминанием о его плене.

Томпсон продолжил карьеру в армии. Несмотря на все его усилия приспособиться, он и его жена развелись в 1974 году. Употребление алкоголя у него обострилось до такой степени, что в 1976 году армия отправила его лечиться в стационаре. Он принял участие в программе лечения с минимальной самоотдачей и мотивацией, а затем вскоре после выписки из больницы у него случился рецидив. После рецидива он получил ультиматум от своего командира либо принять участие в более строгой алкогольно-наркотической программе, либо уволиться из армии США. Он предпринял несколько попыток лечения, но не был расположен к трезвости, поэтому у него случались многочисленные рецидивы. Его начальник пригрозил обвинить его в отказе в реабилитации. Вскоре после возвращения в Форт-Беннинг, штат Джорджия, Томпсон позвонил своему психологу и сообщил, что пытался покончить жизнь самоубийством, передозировав комбинацию алкоголя, бензодиазепинов и барбитуратов. Томпсон был срочно доставлен в военный госпиталь Мартина, где ему было сделано экстренное промывание желудка. Томпсон ушел в отставку из армии США в 1981 году после 25 лет службы и умер 16 июля 2002 года в Ки-Уэсте, штат Флорида. Он был представлен к награждению Медалью Почета Конгресса, но представление так и не было утверждено.

Мотивация изменения к лучшему

Терапевты, которые внимательно слушают своих пациентов, скорее всего помогут им найти свои собственные мотивы, чтобы сделать жизнь лучше. Прочаска и Диклементе (1992) разработали элегантную и простую модель для теоретического понимания этапов, через которые, внутренне изменяясь, проходит индивид. Хотя ни один человек не следует именно этими этапами, модель обеспечивает «точку разговора» для терапевта и пациента, для обсуждения мотивированного поведения и размышлений во время лечения. В реальном мире пациенты будут регулярно то продвигаться вперед, то откатываться назад. Искусный и хорошо обученный терапевт научится воспринимать это как естественный прогресс, пока общий процесс изменений идет в прямом направлении.

Пятиступенчатая модель Прочаски и Диклементе получила широкое распространение в работе с наркоманами. Ее легко запомнить и применять на практике. Базовая модель включает в себя этапы *предварительной подготовки, размышления, подготовки действия, действия и поддержания*. Усовершенствованная модель расширяет оригинальную, добавляя компоненты *нежелание размышлять, отказ от размышления, предварительные размышления, размышление, планирование действия, действие, действие и перенаправление, рецидив и перенаправление, завершение и поддержание*. Детализируя этапы, усовершенствованная модель помогает пациенту и терапевту идентифицировать определенные субкомпоненты, которые имеют решающее значение в процессе изменения, что является отличительной чертой когнитивно-поведенческой терапии (КПТ). Дополнительные этапы отражают опыт клиентов и терапевтов как в терапевтическом процессе, так и вне его (см. таблицу 8.1).

Терапевты и клиенты могут обнаружить, что этапы предварительной подготовки, размышления и поддержания могут служить «отправными точками обсуждения», но важно отметить значительные противоречия, обнаруженные в литературе относительно уровня валидности данной модели. Кроме того, существует мало данных для установления гипотетической связи между моделью и конкретными процессами изменения; поэтому клиницисты должны быть осмотрительны при обсуждении с клиентами модели этапов изменения.

Препятствия для изменения к лучшему

В дополнение к пониманию того, что существуют определенные этапы, через которые индивид проходит в процессе изменения к лучшему, терапевт должен также понимать, что часто существуют преграды или препятствия, которые могут встать на пути изменения. К сожалению, большая часть литературы по лечению зависимости сосредоточена на поведенческих проблемах, упор делается на факты неудачи лечения пациента, при этом игнорируются препятствия к изменению, которые возникают из-за терапевта, окружающей среды и даже нейробиологии пациента. Например, уничижительные термины, такие как *несоблюдение*, *отрицание* и *манипулятивное поведение*, являются ярлыками, которые возлагают ответственность за отсутствие прогресса в лечении непосредственно на плечи пациента. Применение таких ярлыков не только чрезмерно упрощает ситуацию, но и может указывать на нечто более серьезное – некомпетентность терапевта. Термин «некомпетентность» может показаться резким, но основной принцип профессиональной практики состоит в том, чтобы применять только те терапевтические методы, в которых компетентность терапевта обеспечивается, сохраняется и поддерживается посредством постоянного обучения. В документе «Оценка препятствий к изменению с использованием шкалы психоактивных веществ Фримена» (Freeman Impediments to Change Scale-Substance use, FITS-SU) описываются различные факторы, которые могут замедлить или даже остановить терапевтический процесс (см. таблицу 8.2). Шкала позволяет оценивать эти факторы объективно, непредвзято и целенаправленно. Как только эти препятствия будут выявлены и обсуждены, можно будет разработать план лечения, направленный на устранение этих препятствий. Если действуют биологические или семейные факторы, то они также должны быть включены в план, чтобы предотвратить или ограничить их негативное влияние на ход терапии.

Проявления, сопутствующие расстройству личности

При проведении индивидуального обследования крайне важно принимать во внимание, были ли у лиц, злоупотреблявших психоактивными веществами, случаи травматического повреждения мозга или

повреждения от воздействия химических веществ. Наличие [в крови] вредных веществ, изменяющих настроение, создает искусственную атмосферу, препятствующую постановке точного диагноза. Такие военнослужащие могут демонстрировать поведение, имитирующее определенные личностные расстройства. Если клиницисты не будут осторожны, они могут быть слишком поспешно диагностировать этих людей, как имеющих нарушения оси II¹. Будет правильным подождать, по крайней мере, от 6 месяцев до года, пока мозг исцелится и очистится от повреждений, связанных с воздействием психоактивного вещества, чтобы определить, на что действительно похоже базовое функционирование мозга, прежде чем диагностировать расстройство оси II. В таблице 8.3 представлены проявления, которые часто запутывают диагностическую картину у лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами. Для дифференциации важно провести анализ, которое существенно отличается от анализов других расстройств, таких как аффективные или психотические расстройства. В дополнение к приведенным выше рекомендациям для изучения сопутствующих расстройств оси II можно рекомендовать следующее:

1. Не полагайтесь на самоотчет пациента для получения информации, которая, вероятно, будет искажена, защищена и ограничена, несмотря на внешнюю демонстрацию сотрудничества.

2. Получите информацию из всех источников, связанных с пациентом. Фримен рекомендует получать информацию от родственников, друзей, практикующих врачей и терапевтов, а также из анализа состава аптеки пациента. Можно извлечь немало информации, изучая рецептуру ранее прописанных пациенту лекарств.

¹ С появлением DSM-V в 2013 году Американская психиатрическая ассоциация устранила давнюю многоосную систему для психических расстройств. Ранее DSM-IV классифицировал каждый диагноз по пяти измерениям (осям):

Ось I: все психолого-диагностические категории, кроме умственной отсталости и расстройства личности.

Ось II: расстройства личности и умственная отсталость.

Ось III: общее состояние здоровья; острые заболевания и физические расстройства.

Ось IV: психосоциальные факторы и факторы окружающей среды, способствующие расстройству.

Ось V: глобальная оценка функционирования.

3. Выстраивайте временную обратную связь, позволяющую пациентам самим выявить собственную прогрессию в употреблении психоактивных веществ, а также отметить изменения в своем поведении, практикуя стиль сотрудничества и неосуждения.

4. Оценивайте физические симптомы на основании тщательного анамнеза и результатов анализов.

5. Всегда исключайте неврологические проблемы. Многие лица, злоупотребляющие психоактивными веществами, перенесшие черепно-мозговую травму, могут иметь легкие проблемы с умственной отсталостью или иметь в анамнезе проблемы с обучением, которые никогда не были диагностированы.

Что делать, чего не делать и другие проблемы

Важно включить следующий перечень рекомендаций в когнитивно-поведенческую терапию в сестринской практике при работе с этими пациентами:

1. Ограничьте свои ожидания от решения проблем пациента, пока не будут выработаны методы решения проблем.

2. Используйте конкретный подход и избегайте любых абстрактных ожиданий.

3. Психоактивное вещество, скорее всего, будет указывать на некую схематическую конструкцию, лежащую в основе развития злоупотребляющей им личности. Проверьте эту теорию в ходе исследования.

4. При планировании результатов включите неучтенную информацию, предоставленную схемой, в терапию, так как тяга к употреблению наркотика, скорее всего, будет активироваться согласно схеме.

5. Определите внешние источники, которые могут усилить тягу к употреблению человеком психоактивных веществ или увеличить вероятность воздержания от них.

6. Откажитесь от участия в разговоре, если пациент ярко описывает ощущение эйфории от употребления им психоактивного вещества.

7. Будьте уверены, что цели терапии являются ближайшими, реалистичными, достижение которых продвигает пациента по пути лечения.

8. Хотя терапия должна включать в себя образовательный компонент, не читайте пациенту лекций.

9. Помогите пациенту в выявлении автоматических мыслей, которые вызывают, активируют или подпитывают влечение к психоактивному веществу.

10. Усиленно подчеркивайте важность использования самоприказания (особенно слоганов из 12-шаговых программ, таких как «это тоже пройдет» и «отпусти это»).

11. Определите зоны уязвимости пациента и разработайте конкретные планы уклонения от них (люди, места, вещи).

12. Сохраняйте способность к осознанию как позитивного, так и негативного переноса.

Таблица 8.1 *Этапы изменения*

Prochaska and DiClemente (1992)	Freeman and Dolan (2002)
Предварительная подготовка	Нежелание размышлять: «Я не понимал...» Отказ от размышления (умышленный или невольный): «Оставь меня в покое!» Предварительные размышления: «Я готов подумать...»
Размышление	Размышление: «Мне нужно что-то сделать с...»
Подготовка действия	Планирование действий: «Что я могу сделать?»
Действие	Действие: «Мне нужен план».
Поддержание	Предпрывал (перенаправление, когнитивное и метакогнитивное): «Я продолжаю думать об использовании ...» Прывал (перенаправление, поведенческое): «Я поскользнулся». Рецидив (перенаправление, когнитивное и поведенческое): «Я снова поскользнулся ...» Поддержание: «Я был трезв уже... несколько месяцев».

Таблица 8.2 *Оценка препятствий к изменению с использованием шкалы Фримена*

Инструкции: для каждого из следующих препятствий определите его вклад в проблемы, возникающие в процессе терапии, по принципу:

0 – не имеет значения; 1 – небольшое значение; 2 – умеренное значение; 3 – большое значение; 4 – очень большое значение.

Очень важно, чтобы терапевт изучил все эти области вместе с пациентом.

Факторы пациента

1. Дефицит навыков контроля употребления психоактивных веществ и/или соблюдения терапевтического режима.

2. Отрицательные представления относительно предыдущего опыта лечения или отказа от абстиненции.

3. Отрицательные представления относительно последствий для других от изменения в использования психоактивного вещества.

4. Пациент, испытывает вторичное усиление симптомов болезни.

5. Пациент, на первых порах испытывает значительный выигрыш от использования психоактивного вещества.

6. Страх перед изменением своих действий, мыслей, чувств.

7. Мотивация к прекращению употребления психоактивных веществ не на стадии размышления.

8. Неспособность контролировать или прекратить использование психоактивных веществ.

9. Ограниченный или недостаточный самоконтроль/мониторинг других лиц.

10. Фрустрация пациента из-за отсутствия прогресса лечения с течением времени или от стигматизации терапии со стороны окружающих.

11. Недостаточные личностные ресурсы (физические, когнитивные или интеллектуальные) для контроля за употреблением психоактивных веществ.

Факторы практикующего врача/терапевта

1. Недостаточный навык терапевта/опыт применения психоактивных веществ.

2. Конгруэнтность искажений пациента и практикующего врача.

3. Ограниченная или недостаточная социализация пациента к лечению в целом и к конкретной модели лечения.

4. Недостаточные или отсутствующие сотрудничество и рабочие отношения.

5. Недостаточные или неадекватные данные об истории болезни пациента.

6. Терапевтический нарциссизм.

7. Сроки проведения вмешательства не согласованы с пациентом или не соответствуют уровню его мотивации.

8. Цели терапии не установлены, или нереалистичные или расплывчатые; несогласованность целей пациента с целями терапии.

9. Недооценка или переоценка временного фактора злоупотребления психоактивными веществами.

10. Негативные (дискриминационные) убеждения по поводу употребления психоактивных веществ или нереалистичные ожидания от пациента.

11. Недостаточная гибкость и креативность в планировании лечения.

Факторы окружающей среды

1. Экологические стрессоры, исключаяющие изменения.

2. Значимые для пациента люди активно или пассивно саботируют терапию.

3. Подкрепление патологии и болезни с помощью компенсаций или льгот.

4. Культурные или семейные аспекты, касающиеся обращения за помощью.

5. Серьезная наследственная патология или употребление психоактивных веществ в домашних условиях.

6. Требования, предъявляемые членами семьи или другими значимыми для пациента лицами, прямо противоречат терапевтическим планам или мероприятиям.

7. Нереалистичные или противоречивые требования к пациенту со стороны учреждений или других внешних источников

8. Финансовые факторы (недоступность лечения).

9. Системный гомеостаз.

10. Неадекватная или ограниченная сеть поддержки.

Факторы патологии

1. Сильно ограниченная резилентность пациента.

2. Значительные медицинские и/или физиологические проблемы пациента.

3. Трудности в установлении доверия с пациентом.
4. Сильно выраженная независимость пациента.
5. Тяжелая импульсивная реакция, не зависящая от употребления психоактивного вещества.
6. Спутанность сознания, слабоумие или ограниченные когнитивные способности.
7. Синдром расточительности.
8. Зависимость от внешних влияний.
9. Сильно заниженная самооценка.
10. Низкая энергичность.

Таблица 8.3 Сходство расстройства личности и расстройства от зависимости от психоактивных веществ

1. Часто у пациентов наблюдается истощение системы поддержки (семейной, трудовой, финансовой, социальной).
2. Среди первичных реакций и защит пациентов есть «другие-виноватые».
3. Изменения в поведении обычно прослеживаются в раннем и среднем подростковом возрасте.
4. Оба расстройства имеют тенденцию прогрессировать с течением времени по мере деградации поведения и употребления наркотиков.
5. Часто у пациентов ремиссии чередуются с обострениями и кризами.
6. Взаимодействие пациентов с терапевтом и окружающими, как правило, носит манипулятивный характер.
7. При обоих видах расстройств пациенты подвержены риску развития аффектов.
8. У пациентов существуют ограниченные или неадекватные навыки решения проблем.
9. Как правило, пациенты многократно испытывали неудачи во многих аспектах жизни.

Проблемы

1. Помните, что пациент не будет вылечен. Пациент будет нуждаться во внешней поддержке, возможно, всю оставшуюся жизнь. Терапевты должны быть очень активны, помогая пациенту установить точки опоры, а затем работать над их поддержанием.

2. Поскольку эти пациенты часто «обвиняют других», необходимо позаботиться, чтобы нащупать тонкую грань между отрицающей конфронтацией и принятием ответственности за свои действия.

3. Культура злоупотребления психоактивными веществами, возможно, стала центром социальной и семейной жизни пациента. Уход из нее или сведение к минимуму контактов с этой социальной системой может восприниматься пациентом как большая потеря.

4. Обучение пациента навыкам самостоятельного решения проблем и использование им конкретных правил (например, из программы «12 шагов») полезны для устранения необходимости постоянно заниматься сложной работой вместе с терапевтом.

5. Дискомфортная тревожность является одним из основных факторов поддержания наркомании. Широко используйте методы управления тревогой и снижения ее уровня.

6. Необходимо сведение к минимуму боли или смущения от понижения в должности, или лечения, или даже в связи с увольнением из армии, чтобы это не воспрепятствовало терапии. Мучительные проблемы в семье или в финансовой сфере, также могут препятствовать лечению. Осторожно, конкретно и убедительно терапевт должен воздействовать на способы избегания пациента.

7. Нередко можно услышать: «Я могу прекратить или контролировать употребление, если захочу». Нереалистичный взгляд пациента на то, что он способен сохранять контроль над своим поведением в области употребления психоактивных веществ, должен быть исправлен с помощью личных экспериментов в этой области.

8. Пациенты могут иметь нереалистичное представление о своей способности изменять свою жизнь или влиять на свои жизненные обстоятельства. Ущерб межличностным отношениям у них часто бывает настолько сильным, что работа перестает быть безопасной, а отношения – жизнеспособными.

9. Лечение – это процесс. Этот процесс может быть долгим, трудным и энергозатратным. В идеале, было бы выгодно всем, если бы лечение было простым и легко осуществимым. До тех пор, пока не будет обнаружена «волшебная пуля», терапия потребует напряженной работы как терапевта, так и пациента.

10. Некоторые пациенты тратят огромное количество времени и энергии, чтобы поддерживать свою зависимость, избегая юридических или связанных со здоровьем проблем. К терапии, детоксикации или лечению могут прибегать как к способу избавиться от дискомфорта. В противном случае результаты зависимости могут стать невыносимыми.

11. Сопутствующая патология делает лечение более сложным. Может потребоваться задействовать нескольких специалистов, которым требуется координатор для согласования назначения лекарств, планирования времени, методов лечения и форм поддержки.

12. У пациентов могут отсутствовать, искажаться или пересматриваться воспоминания из-за того, что в момент наступления события они находились в состоянии алкогольного опьянения или у них могла развиться когнитивная дисфункция (например, нарушение памяти), связанная с длительным употреблением наркотического препарата.

13. Некоторые лекарства, даже те, которые назначаются, могут усиливать или имитировать действие психоактивного вещества. Кроме того, существует потенциальная опасность самоповреждения при смешивании рецептурных, безрецептурных (сверхрецептурных) и уличных наркотиков.

14. Психоактивное вещество поддерживает в том смысле, что оно может устранить тревогу, запустить систему вознаграждения мозга или дистанцировать пациента от неприятных ситуаций.

15. Переход пациентов от самолечения к более организованному, контролируемому режиму является для них проблематичным, пугающим, сложным и трудным.

16. Пациенты с длительной историей болезни могут быть сбиты с толку различными моделями лечения, которым они подвергались. Во всем виновата моя семья? Или моя природа? Или мой образ мыслей? Или химия моего мозга? Очень важно интегрировать и синтезировать предыдущие методы лечения и помочь пациенту двигаться дальше в рамках существующей схемы лечения и модели КПТ.

17. Осложнения диагнозов по осям I, II и III, сопровождающиеся тяжелыми психосоциальными стрессорами по оси IV, должны рассматриваться в рамках комплексного протокола лечения.

18. Пациент может вести себя вызывающе, враждебно или даже угрожающе. Опытные психотерапевты знают, когда нужно давить, а когда отступить.

19. Пациент на опыте предыдущего лечения узнает лексику, при помощи которой описываются состояния восстановления и рецидива, используемые техники и ход детоксикации. Пациенту может показаться, что он знает даже больше, чем терапевт. В этом случае лучше всего работает подход, основанный на сотрудничестве. Приглашая хорошо осведомленных пациентов использовать свои знания для поддержки изменений, а не для того чтобы использовать их в качестве защитного механизма, вы можете эффективно воспользоваться знаниями пациента.

20. В амбулаторных условиях или во время стрессовых событий пациент может прийти на сеанс лечения под кайфом, что приводит к плохой сосредоточенности. В этом случае, сеансы следует отменить до тех пор, пока пациент не сможет эффективно использовать время терапии.

21. При работе в военном ведомстве все эти замечания, возможно, подлежат пересмотру. Например, в армии нет места конфиденциальности, поскольку военнослужащий может быть взят на заметку поставщиком медицинских услуг, как уклоняющийся от обслуживания. Чтобы у пациента не возникло юридических проблем, терапевт должен быть очень четким относительно контроля и отчета. У кого есть доступ к записям сеанса? О чем можно и чего нельзя сообщать? Кому делаются доклады? Эти линии должны быть уточнены и обсуждены с пациентом в начале лечения.

22. Наконец, терапевт должен быть образован, подготовлен и сертифицирован в лечении злоупотребления психоактивными веществами. Многие могут причинить больше вреда, чем пользы вследствие недостаточного понимания болезни.

Отдельное обсуждение проблем военнослужащих

Большинство людей, у которых развиваются расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, проходят через фазы спора с самим собой, другими людьми и самой болезнью. Спор обычно ведется вокруг попыток контролировать употребление алкоголя/наркотиков, объяснения причин и последствий их употребления, и, наконец, принятия того, что употребление алкоголя/наркотиков явля-

ется саморазрушительным и выходит из-под контроля, требуя помощи извне. Это процесс у военнослужащих ничем не отличается от того, что происходит с прочими зависимыми; однако ситуация для военных может осложняться сформированной у них убежденностью, что они должны всегда сохранять контроль над собой и блюсти свою честь. Этот фактор должен быть учтен терапевтами, которые работают с военнослужащими. Еще одной общей чертой людей с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, является установка на то, что «я отличаюсь от других, кто испытывает те же проблемы». Это особенно верно в отношении военнослужащих, которые могут посещать собрания по программе «12 шагов», аудитория которых состоит не только из военных. Даже в однородной военной среде военнослужащие будут различаться, например, по стажу и опыту служебной деятельности. Важно помочь этим людям сосредоточиться на текущих последствиях, а не на обстоятельствах, которые могли привести к стрессу, депрессии, тревоге или другим проблемам, связанным с их поведением при употреблении психоактивных веществ. В армии США действует программа, помогающая солдатам помнить о последствиях употребления алкоголя и наркотиков. Воинская гордость подчеркивает, что воинский дух и армейские ценности несовместимы со злоупотреблением алкоголем и наркотиками. Компоненты этой системы включают в себя следующие требования:

- Имейте личное мужество не употреблять наркотики и алкоголь и не злоупотреблять ими, а также докладывайте по команде о тех солдатах, которые это делают.

- Уважайте армию, свое подразделение, товарищей по оружию и самого себя, оставаясь свободным от наркотиков и ответственно употребляя алкоголь.

- Будьте честными, сохраняя верность армейским ценностям и воинскому духу, поддерживая политику армии в области наркотиков и алкоголя.

- Исполняйте свой солдатский долг и будьте крепки духом и телом, не злоупотребляя наркотиками или алкоголем.

- Будьте безупречными, демонстрируя достойное поведение на службе и вне ее. Не будьте зависимыми от психоактивных веществ!

Военнослужащие могут выработать определенные навыки резилентности по отношению к употреблению психоактивных веществ. Мастен, Бест и Гармези (1990) определили резилентность как «процесс, способность или результат успешной адаптации, несмотря на трудности или угрожающие обстоятельства» (с. 426). Резилентность увеличивается или уменьшается с течением времени взаимодействия человека с социальной и культурной средой; поэтому сослуживцы, процесс подготовки, действия командования и терапия могут играть важную роль в оказании помощи военнослужащим в избегании или изменении поведения, связанного с злоупотреблением психоактивными веществами.

Техника КПТ для лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами

1. Следите, чтобы содержание и временные рамки сессии удобны и прогнозируемы. Каждая сессия должна быть посвящена достижению общей цели лечения и конкретных целей сессии.

2. Опирайтесь на конкретику, избегая абстрагирования (полезно использовать афоризмы).

3. Ограничивайте свои требования, предъявляемые к пациенту, до тех пор, пока у него не будут сформированы навыки решения проблем. Помните, что военнослужащие, злоупотребляющие психоактивными веществами, привыкли командовать, выработали у себя чувство долга, ответственности и направленности на выполнение задач.

4. Поскольку предпочитаемое вещество часто указывает на соответствующую структуру когнитивной схемы, используйте эту информацию, чтобы идентифицировать схему.

5. Сосредоточьтесь на цели и значении лечения от злоупотребления психоактивными веществами. Как и почему началось такое поведение? Как это поведение влияет на текущую деятельность пациента? Используйте знакомые пациенту термины.

6. Определите схему, по которой у пациента развивается злоупотребление психоактивными веществами.

7. Определите факторы, способствующие этому (личные, институциональные или групповые).

8. Работайте над тем, чтобы лишить силы противников лечения в ближайшем окружении пациента.

9. Определите сторонников лечения.

10. Дайте пациенту понять, что он должен решиться измениться.

11. Убедитесь, что ближайшие цели лечения являются реалистичными. Продолжайте фокусироваться на конкретных и достижимых целях между сессиями. Используйте установку на приятельство, так как это знакомая (пациенту) концепция.

12. Разработайте инструкцию по прохождению терапии.

13. Задействуйте на сессии психоэмоциональный компонент, не будьте скучны, не проповедуйте.

14. Предложите пациенту научиться распознавать автоматические мысли, связанные с влечением к психоактивным веществам.

15. Предложите пациенту научиться распознавать автоматические мысли, связанные с поиском психоактивных веществ.

16. Поощряйте пациента учиться распознавать автоматические мысли, связанные с употреблением психоактивных веществ.

17. Широко используйте методы психологического самообразования.

18. Подчеркивайте, насколько пациенту важно развивать и поддерживать мотивацию.

19. Определите и разработайте рекомендации по преодолению факторов уязвимости.

20. Положите для пациента предел употребления психоактивных веществ.

21. Сосредоточьтесь на установлении взаимоотношений, способствующих терапии.

22. Будьте внимательны как к негативному, так и к позитивному контрпереносу.

Резюме и направления будущих исследований

Все компоненты американских вооруженных сил проводят политику нетерпимости в отношении использования запрещенных веществ. Это означает, что лицам, уличенным в употреблении запрещенных веществ, грозит увольнение из вооруженных сил. Военнослужащим,

состоящим на действительной службе, будет оказываться помощь в лечении проблем, связанных с зависимостью от легальных веществ, таких как алкоголь. Резервисты и члены Национальной гвардии часто вынуждены тратить на лечение средства из своих личных страховых выплат. Терапевт должен помнить об этих проблемах. Употребление психоактивных веществ и злоупотребление ими не являются чем-то необычным, они гораздо более распространены среди людей, которые пережили или в настоящее время переживают травму. Практикующие врачи, которые будут лечить военнослужащих, должны быть искусны в выявлении расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, и осложнений, возникающих, когда эти расстройства сопровождаются боевым стрессом. Практика должна включать оценку мотивации индивида к изменению (к лучшему) с использованием модели, разработанной Прочаской и Диклемементе (1992) и позднее расширенной Фрименом и Доланом (2002).

Источники, на которые ссылаются авторы

Freeman, A., & Dolan, M. (2002). Revisiting Prochaska and DiClemente's stages of change: An expansion and specification to aid in treatment planning and outcome evaluation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8(3), 224–234.

Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*. 2(4), 425–444.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. *Psychology of Addictive Behaviors*, 10, 81–89.

Глава 9

НАРУШЕНИЯ СНА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ: ФАКТОРЫ, ПОСЛЕДСТВИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

*О сон, о нежный сон,
нежная кормилица природы, чем же я испугал тебя,
что ты больше не будешь отягощать мои веки
и погружать все мои чувства в забытье?*

Шекспир («Король Генрих IV», часть II)

Влияние нарушений сна на человека и общество может быть огромным. Будь то бессонница, ночные кошмары, дневная сонливость или даже храп, практически каждый человек в той или иной степени страдает от нарушений сна. Подумайте, что от только бессонницы (одна из наиболее распространенных жалоб на сон) каждую ночь страдает треть американцев. Клинические исследования показывают, что половина пациентов страдает этим заболеванием. Высокие показатели распространенности нарушений сна были также обнаружены во всем мире. Учитывая ежегодные расходы на здравоохранение, оцениваемые в десятки миллиардов долларов, и связанные с этим проблемы качества жизни, бессонница побудила широкую общественность и медицинское сообщество характеризовать ее как новую «эпидемию».

Основные цели этой главы – дать практикующему врачу, который лечит военнослужащих, лучшее понимание природы нарушений сна, информацию о том, как нарушения сна влияют на мужчин и женщин наших вооруженных сил, а также рекомендации по применению эффективных методов лечения. Хотя нарушения сна не возникают исключительно у военнослужащих, у них проявляются специфические проблемы диагностики и лечения. Краткий обзор архитектуры сна предшествует целенаправленному обсуждению особенностей нарушений сна и апробированных стратегий их эффективного лечения.

Основы архитектуры сна

Сон – это естественный, повторяющийся процесс, временно снижающий способность к осознанию окружающей среды и ситуативную осведомленность индивида. Хотя первоначально сон описывался как пассивная деятельность, в настоящее время исследователи и клиницисты характеризуют его как очень активный и динамичный физиологический и нейрофизиологический процесс. Архитектура сна делится на фазы медленного движения глаз (МДГ) (медленный сон) и быстрого движения глаз (БДГ). Сон с МДГ делится на три отдельные стадии (I, II и III/IV). Стадии I и II характеризуются сонливостью и наступлением легкого сна, с медленным, но устойчивым снижением частоты сердечных сокращений и температуры тела. Напротив, стадия III/IV состоит из дельта-волн и обычно называется глубоким сном. Именно на этой стадии может быть трудно разбудить индивидуума. Если человек просыпается, он может быть дезориентирован и сбит с толку в течение нескольких минут. Дельта-сон ассоциируется с наиболее частыми случаями ночного недержания мочи, лунатизма и ночных кошмаров.

Фаза быстрого сна обычно составляет одну четверть (90-120 минут) от общего времени, проведенного во сне, обычно появляясь четыре-шесть раз в течение ночи при постепенно увеличивающейся продолжительности каждого последующего периода. Он характеризуется усилением частоты сердечных сокращений и дыхания, сокращением мышц и быстрым ритмическими перемещениями глаз. Осознание сновидений, по-видимому, наиболее сильно проявляется во время быстрого сна, хотя исследования убедительно показали, что мы видим сны на всех стадиях сна. Примерно 85% людей, которые пробуждаются во время быстрого сна, помнят свои сны; однако мало кто вспомнит содержание сновидений после завершения фазы быстрого сна.

Целесообразность сна обсуждалась исследователями и философами на протяжении веков, но она все еще остается относительной загадкой. Было выдвинуто несколько предложений, включающих необходимость восстановления организма и мозга (рост клеток и синтез белка), сохранение энергии для выживания и защиту психики от эмоциональных перегрузок. Сон также способствует повышению иммунитета или способности организма вырабатывать иммунный ответ по-

сле воздействия определенного антигена. Теория, которая привлекла наибольшее внимание в последнее время, – это роль сна в отношении укрепления памяти. Вне зависимости от действительной цели и функции сна (вероятно, это сочетание нескольких факторов), несомненно, что тело, мозг и психические функции распадаются, если не получают достаточно сна.

Сон и военная культура

Для военнослужащего сон – это и друг и враг. С первых дней начальной подготовки новоиспеченные солдаты приучаются рассматривать сон как привилегию, предоставляемую теми, кто отвечает за их обучение. Хотя такой подход к обучению тем, кто не имеет отношения к военной культуре, может показаться жестоким и ненужным, он подготавливает военнослужащих к реальностям лишения сна, которые неизменно возникают во время длительных военных операций.

Хотя это зависит от места дислокации, военно-профессиональной специализации (например, пехотинец, механик, медик) и обстановки, в которой находится подразделение, стандартные 8 часов сна не являются обычной реальностью. В идеале военнослужащему предоставляется минимум 4 часа сна в течение каждого 24-часового периода; однако войска часто действуют и обходятся гораздо меньшим количеством сна в течение длительных периодов времени. Солдаты вынуждены мириться с тревогой, перепадами настроения, снижением памяти и концентрации внимания, а также изменениями общей эффективности и навыков, вызванными недостатком сна, компенсируя его употреблением чрезмерного количества кофеина и никотина.

Во многих случаях остаточные эффекты нарушений сна могут иметь значительные последствия для военнослужащего при его нахождении как в оперативной (например, в Ираке, Афганистане, Боснии), так и в гарнизонной обстановке (например, в Штатах, на базах иностранных коалиций). В зоне боевых действий военнослужащие могут подвергаться большему риску ранения и смерти из-за уменьшения времени реакции (как физической, так и когнитивной), снижения уровня понимания и внимания, а также общего снижения навыков принятия решений и критического мышления. В условиях гарнизонной службы воен-

нослужащий подвергается повышенному риску несчастных случаев во время обычных учебных задач из-за ошибок, связанных с человеческим фактором, при эксплуатации военных и гражданских транспортных средств. Военнослужащий может также испытывать психические расстройства и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, а также усиление супружеских и семейных разногласий.

Чтобы понять военных, необходимо, чтобы невоенный практик оценил, что многие военнослужащие гордятся своей способностью функционировать без достаточного сна и ассоциируют ее с силой и стойкостью (два качества, высоко ценимые в военной культуре). В боевых подразделениях людей, нуждающихся в сне или поддающихся сну, могут оценивать как слабых или эгоистичных. Очевидно, что военный менталитет оказывает значительное влияние на выявление и лечение нарушений сна, а также на общий прогноз лечения; поэтому клиницист, работающий с военнослужащими, должен быть осведомлен об их представлениях и убеждениях.

Нарушения сна и эффективные методы лечения

Нозология расстройств сна из *Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам*, 4-е издание, текстовая редакция (DSM-IV-TR) может быть знакома многим клиницистам, но новейшая версия Международной классификации расстройств сна (International Classification of Sleep Disorders, ICSD-2) является гораздо более практичным форматом для оказания помощи клиницисту в разработке четкой схемы подхода к пациенту с расстройствами сна. В целом нозология Американской академии медицины сна (American Academy of Sleep Medicine, AASM) выделяет шесть основных видов расстройств сна:

- инсомния (бессонница);
- парасомния (необычное поведение в период сна или около него);
- нарушения дыхания во сне;
- циркадные нарушения (нарушение регулярности цикла «сон-бодрствование»);
- нарушения движений во сне;
- гиперсомния (чрезмерно длительный сон или сонливость).

Эти конструкты чрезвычайно важны и прагматичны, потому что клиницист вскоре обнаружит, что большинство пациентов, обращающихся за помощью по поводу проблем со сном, редко укладываются только в один вид расстройств. Средний пациент страдает проблемами, по крайней мере, в двух или трех измерениях; например, пациент, страдающий кошмарами (парасомния), часто будет жаловаться на бессонницу. До 20% пациентов с бессонницей сообщают о беспокойных движениях ногами или подергивании ног (расстройствах движения во сне). Примерно 15% пациентов с нарушениями дыхания во сне будут указывать в опросах на подергивания ногами, и до 50% пациентов с нарушениями дыхания во сне будут сообщать о бессоннице. Таким образом, имея в виду эти шесть категорий проблем, клиницист имеет простой инструмент для того чтобы быстро выяснить, какие области требуют внимания, и он с меньшей вероятностью пропустит расстройство, зная, что средний пациент редко имеет только одну проблему. Кроме того, учет этой парадигмы способствует более разумному подходу к назначению снотворных препаратов.

Факторы, способствующие возникновению проблем со сном у военнослужащих

Расстройства сна – одни из самых распространенных недугов нашего общества. Они пересекают расовые, половые, этнические и социально-экономические границы и могут привести к снижению физической, эмоциональной и профессиональной активности. Это, безусловно, верно и для военнослужащих. В дополнение к шести основным диагностическим категориям проблем со сном, описанным выше, лечащие врачи должны знать о различных факторах, которые вызывают нарушение или способствуют любому из нарушений сна. Невоенному клиницисту вряд ли придется оказывать медицинскую помощь в условиях оперативной обстановки; однако при нынешних темпах развертывания наших вооруженных сил весьма вероятно, что врачи-клиницисты будут оказывать помощь военнослужащим, недавно принимавшим участие в развертывании. Знание наиболее распространенных факторов, способствующих нарушению сна, позволит лучше понимать, идентифицировать и устранять проблемы.

Хотя нарушения сна являются вторичными явлениями по отношению к психическому расстройству, они не являются уникальными для военнослужащих, возвращающихся из зоны боевых действий, подверженных различным психическим заболеваниям. Эта проблема особенно важна для подгрупп, подвергающихся большему риску, таких как женщины, военнослужащие, призванные на военную службу, а также те, кто одинок и менее образован.

Самое крупное на сегодняшний день исследование распространенности психических расстройств у возвращающихся из Ирака военнослужащих выявило положительные признаки посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), генерализованной тревожности или глубокой депрессии у 15–17% солдат и морских пехотинцев, причем по большей части сообщается о симптомах, соответствующих ПТСР. В гораздо меньшей выборке были обнаружены относительно высокие показатели ПТСР и расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ. Эти результаты заслуживают внимания, поскольку нарушения сна являются одним из диагностических критериев DSM-IV-TR для ПТСР (тревожные сны и/или трудности засыпания или пребывания во сне), серьезной депрессии (бессонница или гиперсомния) и генерализованного тревожного расстройства (трудности засыпания или пребывания во сне или беспокойный неудовлетворительный сон). Таким образом, как это часто бывает в условиях того, что можно было бы назвать посттравматическим нарушением сна, пациент часто страдает от двух видов проблем: кошмары (парасомния) и бессонница. Кроме того, некоторая доля пациентов с ПТСР страдает от нарушений дыхания во сне, а также от нарушений движения во сне. Эти результаты являются яркими примерами того, как клиницист действительно должен оставаться настроенным на многочисленные сопутствующие диагнозы или влияния на сон пациента, чтобы разработать полный план лечения.

Хотя это не является специфическим критерием для любого из расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, литература изобилует доказательствами того, что употребление алкоголя и запрещенных веществ может нанести ущерб архитектуре сна. Кроме

того, многие люди используют алкоголь или различные лекарства от бессонницы, а также другие средства для борьбы с дневной усталостью и сонливостью. Расстройства в отношениях (например, проблема взаимоотношений с партнерами) и расстройства адаптации, которые чрезвычайно часто встречаются в оперативной обстановке и у возвращающихся военнослужащих, пытающихся реинтегрироваться в свою прежнюю жизнь в Штатах, также могут оказывать непосредственное влияние на сон.

Факторы обстановки

Факторы окружающей среды вызывают хаос со сном у военнослужащего как в боевых условиях, так и при службе в гарнизоне. Во время развертывания график работы может оставаться непредсказуемым от недели к неделе. Нередко приходится чередовать дневные и ночные смены, работая по 12 часов 7 дней в неделю. Могут развиваться нарушения циркадного ритма (циклов «сон-бодрствование»), причем наиболее значимыми последствиями могут быть депривация¹ сна, усталость, возбуждение и депрессия. Кроме того, военнослужащий может быть обязан поддерживать этот график в течение 15 месяцев подряд. Хотя и в меньшей степени, эти же проблемы могут возникнуть и в гарнизонной жизни из-за чередования графиков работы и полевых учений, которые могут длиться несколько недель. Военнослужащие могут иметь дело с другими специфическими факторами обстановки в боевых условиях. Постоянный шум и суматоха – яркий тому пример. Будь то вертолеты, пролетающие над головой, тяжелая техника, ревушая под окнами спальных помещений, или взрывы мин, ракет или самодельных взрывных устройств – длительно воздействующие нарушающие сон факторы могут бросить вызов самому закоренелому сону. Страх быть пораженным ракетой или минометной миной ночью во время сна может порождать бессонницу и фрагментацию сна. Другие факторы, с которыми приходится бороться, включают суровые погодные условия, ядовитые испарения и запахи, а также тесноту жилых помещений (трое или четверо военнослужащих, живущих вместе на площади 10 на 20 футов).

¹ Депривация сна – недостаток или полное отсутствие удовлетворения потребности во сне.

Бессонница

Особенности и последствия

Прежде чем мы подробно обсудим проблему бессонницы, важно иметь рабочее определение этого термина. Бессонница – это расстройство или симптом расстройства, которое характеризуется трудностью инициации или поддержания сна и/или переживанием нерегулярного сна, приводящего к дневной усталости или сонливости и/или общему чувству беспокойства в течение дня, которое может быть связано с базовым медицинским или психологическим состоянием и сильно зависит от факторов окружающей среды и поведения. Бессонница обычно не рассматривается как единый медицинский или психологический диагноз. В большинстве случаев это многослойное динамическое нарушение, которое потенциально может вызвать у человека значительное расстройство и фрустрацию. Современное мышление в области медицины сна отбрасывает такие термины, как первичная или вторичная бессонница, в пользу концептуализации коморбидной (вторичной) бессонницы, что порождает более ясный взгляд на потребности и средства для непосредственного лечения этого состояния в связке с другими методами лечения.

Бессонница обычно связана с гипервозбуждением и когнитивными размышлениями, наблюдаемыми при различных тревожных и депрессивных расстройствах, а также с упомянутыми выше поведенческими и экологическими факторами. Для большинства людей, страдающих бессонницей, общим виновником ее является неспособность закончить день «выключением» ума. До тех пор, пока кто-то не сможет успокоить ум как эмоционально, так и интеллектуально, иницировать и поддерживать сон будет чрезвычайно трудно, и бессонница может стать хроническим и изнурительным выученным поведением.

Также может быть полезным понимание причин длительности бессонницы. По длительности бессонница классифицируется на преходящую, краткосрочную и хроническую, причем каждому типу соответствуют свои способы лечения. Преходящей бессонница, как правило, считается только если она длится несколько дней и меньше недели. Кратковременная бессонница длится примерно до 3 недель, а хрони-

ческая бессонница – это более продолжительное состояние, длящееся более 1 месяца, чаще годами или десятилетиями.

Нередко у лиц, страдающих хронической бессонницей, наблюдается снижение памяти и концентрации внимания, дефицит когнитивной и двигательной способности, а также нарушение настроения. Некоторые люди также испытывают трудности в выполнении профессиональных и социальных ролей, и они сообщают об общем снижении удовольствия, получаемого от межличностного контакта.

Для военнослужащего, особенно в боевой обстановке, бессонница может привести к катастрофическим последствиям. Лишение сна, которое может чередоваться с длительными периодами бессонницы, может легко превратить физически и психически сильного военнослужащего в жертву стресса на поле боя. Это не только увеличивает риск для отдельного военнослужащего, но и для всего подразделения. В широко известной книге «Бой» (2004) подполковник Дэйв Гроссман пишет об эксперименте, который армия США провела над артиллерийским батальоном. Батальон был разделен на четыре группы, которым было предложено выполнять огневые задачи каждый час в течение 20 дней подряд. Первая, контрольная группа получала 7 часов сна в сутки, а каждая последующая группа отдыхала на час меньше (последняя, четвертая группа получала только 4 часа сна в сутки). Результаты показали, что первая группа стреляла с точностью до 98%, вторая группа стреляла с точностью до 50%, третья группа – с точностью до 28%, а четвертая группа выполняла задачи только на 15% от оптимальной эффективности. Этот эксперимент демонстрирует суровую реальность того, что нарушения сна приводят к снижению результативности на поле боя, что может привести к травмам или гибели людей; поэтому оперативное и эффективное лечение нарушений сна у военнослужащих имеет решающее значение.

Лечение

В идеале эффективное лечение бессонницы должно было бы привести к улучшению общего качества и количества сна, улучшению дневного функционирования и общему ощущению благополучия. В зависимости от таких факторов, как теоретическая ориентация кли-

ниста, наличие научной степени и подготовки, наиболее подходящими могут быть психологические, фармакологические методы или их сочетание. Выбор метода лечения также зависит от симптомов (например, острых или хронических, проблемы с засыпанием или течением сна) и часто от условий деятельности военнослужащего и решаемых им задач. Независимо от этих факторов, чтобы невоенный клиницист мог обеспечить лечение бессонницы, он должен быть осведомлен о многих вариантах лечения, доступных как с психологической, так и с фармакологической точки зрения.

Психологическая терапия. По нашему мнению, за исключением случаев, когда военнослужащий по какой-то причине рискует получить травму или погибнуть, если немедленно перейдет в режим сна, психологический подход к лечению бессонницы почти всегда должен быть первоочередной терапией. Нефармакологические методы лечения в качестве первоочередных мероприятий упоминались и другими специалистами в области медицины и психологии; поэтому когнитивно-поведенческий подход, вероятно, будет лучшим вариантом при лечении бессонницы у военнослужащих.

Ознакомление с практиками сна. Неадекватная гигиена сна (плохие привычки сна) является одним из факторов, способствующих возникновению и поддержанию бессонницы. Для военнослужащего постоянно изменяющиеся, непредсказуемые графики работы, переполненные жилые помещения и максимальное сокращение времени отдыха в пользу видеоигр, просмотра фильмов и разговоров с друзьями могут привести к плохому сну и бессоннице. По этой причине крайне важное значение имеет ознакомление с поведенческими практиками, которые приводят к бессоннице, а также с передовыми методами избавления от сложившихся вредных привычек в области сна. В некоторых случаях это может стать единственно необходимым вмешательством. В таблице 9.1 представлен список распространенных видов неадаптивного и адаптивного поведения во сне.

В клиническом опыте автора (Брет А. Мур) в работе с военнослужащими первая форма неадаптивного поведения, указанная в таблице 9.1 (чрезмерное употребление кофеина), может представлять собой значительную проблему для здоровья, которую, возможно, придется более глубоко решать совместно с человеком. Тревожно большое

число военнослужащих используют энергетические напитки (часто в больших количествах) для борьбы с усталостью и сонливостью. Само по себе это поведение вызывает беспокойство, но, учитывая, что они также могут пить кофе, газированные напитки и принимать безрецептурные добавки для наращивания мышечной массы каждый день в течение длительного периода времени, могут последовать еще худшие результаты, такие как обезвоживание, проблемы с почками и сердечные аритмии. Это также может осложнить клинические проявления симптомов тревожности, поэтому может быть оправдано специальное осведомление военнослужащих о действии кофеина и других добавок.

Таблица 9.1 *Поведение перед сном*

Неадаптивное	Адаптивное
Чрезмерное употребление кофеина.	Не употребляйте кофеин по крайней мере за 4 часа до сна.
Физические упражнения незадолго до сна.	Тренируйтесь утром, днем или ранним вечером.
Курение перед сном.	Не курите по крайней мере за час перед сном.
Просмотр фильмов ужасов или боевиков перед сном.	Перед сном посмотрите комедию или что-нибудь «светлое».
Употребление продуктов, вызывающих изжогу.	Вечером ешьте пораньше, избегая обильной или острой пищи.
Установка будильника.	Поверните циферблатом назад, чтобы потерять ощущение времени.
Употребление безрецептурного снотворного.	Практикуйте упражнения на расслабление и воображение.
Просмотр телевизора и игра в видеоигры в постели.	Используйте кровать только для секса и сна.
Валяние в постели без сна более 15 минут.	Ложитесь в постель только когда веки отекают.
Использование возможности вздремнуть в течение дня.	Бодритесь, пока не наступит время ложиться спать.

В целом, хотя средства гигиены сна очень прагматичны, они часто не достигают удовлетворительных результатов, потому что неадаптив-

ное поведение неизменно подпитывается неадаптивными взглядами на сон в целом, плохими навыками эмоциональной переработки или другими неадекватными методами совладания или укоренившейся психофизиологической обусловленностью. Таким образом, многие пациенты с бессонницей, особенно с умеренными и более тяжелыми состояниями, нуждаются в передовых методах, которые лучше всего реализуются в контексте мотивирующего интервью, в котором пациент обнаруживает причину неадаптивного поведения и стремится устранить эту причину в процессе перехода к более адаптивному поведению.

Мониторинг времени, вероятно, является лучшим примером такого рода феномена. В легких случаях удаление часов может заставить пациента меньше беспокоиться о времени, и бессонница быстро проходит. В большинстве случаев пациенты отключают часы, но затем продолжают беспокоиться о потерянном времени сна и начинают искать внешние сигналы, чтобы угадать время, что затем приводит к потоку сознания о том, «сколько времени осталось спать; если я засну через 30 минут, сколько сна я все еще могу получить, или как я буду чувствовать себя завтра, если я сплю 5, 4 или 3 часа» и так далее. В большинстве случаев со страдающим бессонницей необходимо провести углубленное обсуждение того, как мониторинг времени любого рода укореняет психофизиологическую обусловленность или как пациент использует мониторинг времени для предотвращения более глубокого, более неприятного эмоционального давления.

Терапия ограничением времени, отводимого на сон. Терапия ограничения сна (ТОС) является высокоэффективным поведенческим методом, используемым для лечения бессонницы, основанным на предположении, что чрезмерно долгое время, проведенное без сна в постели, является основным фактором, поддерживающим бессонницу. Люди, страдающие бессонницей, часто руководствуются ошибочной логикой: «Если я проведу больше времени в постели, я подольше посплю». Цель ТОС состоит в том, чтобы уменьшить разрыв между временем, проведенным в постели, и временем сна, с тем чтобы закрепить период сна пациента, даже если общее время, отводимое на сон, временно сокращается. Вначале пациент ведет журнал сна, чтобы отслеживать количество времени, проведенного в постели. По прохождении неко-

торого времени, от нескольких дней до недели, на основании дневника сна рассчитывается фактическое время сна, а затем пациенту дается указание сократить время, проводимое в постели, до расчетного времени, затраченного на сон (не менее 4 часов). После того как пациент спит так в течение нескольких ночей, время, проводимое им в постели, постепенно увеличивается с шагом 15-20 минут каждую ночь в течение следующих двух недель или до тех пор, пока человек не достигнет приемлемого или оптимального времени сна.

Тренировка релаксации. Тренировка релаксации – это простой и эффективный метод обучения военнослужащих управлению бессонницей, особенно пригодный в боевой обстановке. Тренировка релаксации несложна и может быть применена, когда возникает проблема, связанная с невозможностью уединиться или с нехваткой личного пространства. Можно использовать множество эффективных методов, таких как прогрессирующая мышечная релаксация (ПМР), визуализация, биологическая обратная связь, диафрагмальное дыхание и медитация. Выбор метода зависит от конкретных потребностей пациента (например, прогрессирующая мышечная релаксация подходит для снятия мышечного напряжения или визуализация – для когнитивных размышлений) и обученности или навыков терапевта. Однако из-за ограниченного времени, пространства и уединения ПМР, диафрагмальное дыхание и визуализация, вероятно, будут наиболее практичными и полезными для военнослужащего.

Прогрессивная мышечная релаксация – это простая техника, используемая для снижения мышечного напряжения, она оказалась очень эффективной при хронической и тяжелой бессоннице. Поскольку мышечное напряжение связано с повышенным стрессом и тревогой, расслабление мышц может снизить как уровень стресса, так и уровень тревоги. Процесс начинается с того, что пациент находит удобное сидячее положение и делает несколько глубоких вдохов. После достижения общего ощущения расслабления пациенту дается указание напрячь определенную мышцу, удерживать это напряжение не менее 10 секунд, расслабиться примерно на 10 секунд и повторить процесс снятия напряжения еще два или три раза с той же самой мышцей. Затем процесс снятия напряжения используется последовательно с различными мышцами до тех пор, пока основные мышцы тела не будут рас-

слаблены. Последовательность оставляется на усмотрение индивида. Пациенты, которые особенно уверены, чувствуют или замечают, что их мышцы изначально не напряжены, с меньшей вероятностью реагируют на эту технику.

Диафрагмальное или глубокое дыхание – это процесс полного вдоха путем расширения диафрагмы в противоположность поверхностному дыханию путем расширения грудной клетки. Как правило, диафрагмальное дыхание считается более эффективным способом доставки кислорода в организм; глубокое дыхание быстро влияет на вегетативную нервную систему, что важно при работе с тревожностью, паническими симптомами или симптомами гипертонической болезни, так часто встречающимися у военнослужащих, страдающих бессонницей. Это метод можно легко продемонстрировать, попросив пациента положить одну руку на грудь, а другую – на живот. Цель состоит в том, чтобы убедиться, что рука на груди не двигается, в то время как рука на животе делает это. Если практиковать метод по 10-15 минут в день в течение нескольких недель, диафрагмальное дыхание может стать второй натурой.

Визуализация – это когнитивный процесс, в ходе которого индивид создает относительно детальные образы приятного переживания, чтобы отвлечь внимание от когнитивных размышлений, негативного разговора с самим собой или непроизвольно скачущих мыслей, которые могут мешать сну. Пациенту предлагается закрыть глаза и представить себе время, когда он чувствовал себя легко, спокойно или испытывал огромное чувство покоя и расслабления; однако в инструкции необходимо указать, что не стоит сосредотачиваться на воссоздании фотографических копий сцен из прошлого. Скорее, цель состоит в том, чтобы подключиться к естественному потоку образов, которые проходят через внутреннее око, которое может имитировать гипнагогические¹ образы, предшествующие наступлению сна. Если военнослужащий испытывает трудности с вызыванием образа, то можно объяснить ему, как работает визуализация (мозг не знает, что он на самом деле не находится в этом приятном месте и не участвует в событии из прошлого), и предложить свои соображения. Визуализация является весьма

¹ Гипнагогия – промежуточное состояние между явью и сном. Характеризуется сознательным восприятием образов из бессознательного.

эффективным с точки зрения концепции, упомянутой выше, средством «отключить» ум. Визуализация может помочь человеку освободиться от эмоционально и когнитивно заряженных событий дня и отвлечься от страха и тревоги перед предстоящими событиями завтрашнего дня. Кроме того, метод способствует развитию восприимчивости сознания, когда индивид становится более склонным к естественным сигналам и сигналам, ведущим к инициации сна; однако у пациентов с тяжелым посттравматическим синдромом и сопутствующими нестабильными системами визуализации может наблюдаться ухудшение интрузивных симптомов, и они с большей вероятностью лучше всего будут реагировать на методы визуализации в условиях экспозиционной терапии, а не в качестве изолированного лечения бессонницы.

Когнитивная терапия. Когнитивная терапия (КТ) является пространственным и эффективным методом, используемым для лечения людей, страдающих бессонницей; она превосходит фармакотерапию, что подтверждено в многочисленных клинических испытаниях. Обоснование применения КТ при бессоннице не отличается от такового при других клинических расстройствах, при которых искаженные и нефункциональные мысли создают и поддерживают аффективные и поведенческие нарушения. В результате размышлений, беспокойства, увеличения времени бодрствования и дисфункции сна, а также неправильных представлений о сне, люди могут испытывать значительные нарушения сна. КТ-схема, безусловно, работает для военнослужащих, борющихся с сильной тревогой по поводу развертывания в боевой обстановке, пытающихся смягчить чувство вины за оставление своих семей, испытывающих трудности в установлении взаимоотношений, усугубленных развертыванием, или борющихся с набором симптомов более серьезного психического расстройства (например, ПТСР, тяжелой депрессии). Несмотря на незначительные отличия между различными интерпретациями когнитивных моделей лечения бессонницы, большинство из них включают ключевые когнитивные компоненты, такие как остановка или блокирование мыслей и когнитивная переработка. Когнитивная переработка особенно полезна, поскольку она бросает вызов ложным мнениям и предубеждениям о сне (например, количество сна важнее качества, или что нужно спать по 8 часов каждую ночь), противостоит иррациональным убеждениям, которые могут

способствовать развитию депрессивных или тревожных симптомов, которые в свою очередь могут подпитывать бессонницу, и вытесняет неадаптивные оценки собственной способности справляться со текущими трудностями и восстанавливать контроль над режимом сна.

Динамическая терапия сна. Динамическая терапия сна (ДТС) – это комплексная программа психофизиологической терапии сна, основанная в первую очередь на подтвержденных фактах, которая сводит к минимуму использование лекарств и предполагает, что бессонницу вызывают как психические, так и физические факторы. Барри Краков исследовал и описал в своей книге «Здоровый сон, здоровый разум» (2007), что ДТС основывается на семи ключевых рекомендациях: (1) сосредоточьтесь на качестве, а не на количестве сна, (2) осознайте как разговоры в постели с самим собой подпитывают бессонницу, (3) используйте свою естественную систему образов, чтобы стимулировать ночью восприимчивость сознания, (4) переживайте сдерживаемые эмоции днем, чтобы они не мешали вам ночью, (5) научитесь спать без лекарств, (6) учитывайте физические причины симптомов бессонницы, такие как условия дыхания и движения во сне, и (7) разработайте совместно с медицинским центром сна план использования научно-обоснованных методов лечения физических состояний сна.

Парасомния

Парасомнии – это расстройства сна, при которых во время сна происходит странное и иногда опасное сенсорное и моторное поведение. Часто они пугают как самого человека, так и тех, кто делит с ним постель или спальное помещение. Наиболее распространенными и значимыми парасомниями, испытываемыми военнослужащими, являются ночные кошмары, расстройство фазы быстрого сна, лунатизм и сонные страхи.

Кошмары

Кошмары характеризуются повторяющимися пробуждениями (обычно в фазе быстрого сна) из-за необычно ярких и тревожных сновидений ужасающего содержания, хотя у некоторых пациентов,

по-видимому, с течением времени развивается тенденция к уменьшению частоты пробуждений, они страдают от тревожных сновидений. Ночные кошмары не только вызывают тревогу и страх, но также могут вызывать различные дисфорические эмоции и могут затруднять социальную, профессиональную и другие важные сферы деятельности. Ночные кошмары – обычное явление; исследования показали, что от 8 до 25% взрослых сообщают по крайней мере об одном кошмаре в месяц, в то время как от 2 до 6% сообщают по крайней мере об одном кошмаре каждую неделю. Повышенная частота ночных кошмаров была также обнаружена у тех, кто подвергался воздействию широкого спектра травматических переживаний, и в клинических популяциях, особенно у пациентов с ПТСР. Для любого практикующего врача, участвующего в реабилитационном уходе за военнослужащими, разумно предположить, что значительная часть пациентов будет предъявлять жалобы на ночные кошмары, хотя подавляющее большинство страдающих кошмарами обычно не обращаются за лечением этого состояния и не предполагают, что существует соответствующее лечение. Тем не менее, знание об эффективных и действенных методах лечения ночных кошмаров имеет решающее значение для тех, кто готов прибегнуть к терапии.

Психологическая терапия

Образно-репетиционная терапия. Образно-репетиционная терапия (ОРТ) – это двухкомпонентное когнитивно-поведенческое индивидуальное или групповое лечение, которое рассматривает кошмары как усвоенное (выученное) расстройство сна – аналогичное усвоенному (выученному) поведению – и частично обусловленное повреждением системы образов. Многочисленные контролируемые исследования показали эффективность ОРТ в снижении частоты кошмаров и связанных с ними страданий при сохранении результатов лечения в долгосрочной перспективе. Было показано, что метод эффективен при лечении у ветеранов кошмаров, характерных для ПТСР. Недавняя серия опытов показала, что ОРТ была эффективна при острых кошмарах даже у солдат, проходящих службу в боевых условиях в Ираке. Без сомнения, ОРТ является наиболее изученным методом лечения кошмаров. Полное

описание ОРТ включает четыре групповых сеанса примерно по 2 часа каждый. Первые две сессии посвящены изучению того, как кошмары способствуют развитию приобретенной бессонницы и как они оживают и живут собственной жизнью. Последние два сеанса сосредоточены на системе образов человека и первичном вмешательстве, которое заключается в выборе кошмара, изменении содержания кошмара для создания нового сна и повторении нового сна с помощью образов (или с помощью письма, если пациент не может получить полный доступ к своей системе визуальных образов). В таблице 9.2 представлен обзор содержания лечения, адаптированного к индивидуальному формату для солдат, проходящих службу в боевых условиях.

Таблица 9.2 Образно-репетиционная терапия (ОРТ)

Сеанс 1

Подчеркните, что ОРТ не затрагивает прошлые травматические события или травматическое содержание ночных кошмаров.

Обеспечьте получение пациентом знаний о кошмарах, бессоннице и гигиене сна.

Обсудите прогноз лечения и необходимость более высокого уровня заботы о себе в боевой обстановке.

Обсудите специфические риски для солдат, мучимых кошмарами (например, безопасность, направленность миссии, ПТСР).

Обсудите различия между боевым стрессом, острой стрессовой реакцией и ПТСР.

Сеанс 2

Обсудите, почему кошмары длятся после воздействия стрессоров боя.

Обсудите кошмары как усвоенное поведение и как нормальную реакцию.

Обсудите основные принципы визуализации и способы их применения в зоне боевых действий.

Научите, как обращаться с личными навыками визуализации.

Вырабатывайте навык персональной визуализации.

Помогите пациенту узнать о потенциальной возможности перехода от личности страдающего кошмарным сном к личности здорового сновидца.

Сеанс 3

Разработка плана стандартного использования ОРТ для лечения кошмаров.

Выберите кошмар.

Измените кошмар на новый сон.

Репетируйте новый сон.

Разъясните траектории последующей заботы о себе в боевой обстановке и дома.

Другие виды психологической терапии. Другие методы лечения, предположительно эффективные для лечения кошмаров, включают различные варианты когнитивно-поведенческой терапии и систематической десенсибилизации.

Расстройство поведения, вызванное нарушением фазы быстрого сна

Расстройство, вызванное нарушением фазы быстрого сна (РБДГ), характеризуется потерей нормальной произвольной мышечной неподвижности во время быстрого сна; оно связано со сложным поведением в сочетании со сновидениями. Простой способ концептуализировать РБДГ – рассматривать его как тяжелый тип кошмара, в котором у человека разыгрывается сон мучительного содержания. Расстройство часто бывает сильным и, как правило, очень пугает партнера по постели.

По оценкам, распространенность РБДГ составляет примерно 0,5% среди лиц в возрасте от 15 до 100 лет со средним возрастом начала заболевания где-то между 50 или 60 годами. Было также подсчитано, что примерно у 50-60% больных имеется та или иная форма последующего неврологического дефицита спустя годы после первоначального диагноза РБДГ. Несмотря на то, что средний возраст начала заболевания значительно превышает средний возраст военнослужащего, РБДГ имеет важное значение для этой популяции в связи с тем, что военнослужащие подвержены травмам головного мозга на поле боя. Недавнее исследование показало, что парасомнии присутствуют примерно у 25% людей, страдающих хронической черепно-мозговой травмой. Пример-

но одна четверть этих парасомний была РБДГ по своей природе; поэтому логично предположить, что повышению риска черепно-мозговой травмы сопутствует повышенный риск РБДГ.

Кроме того, психотропные препараты и некоторые антидепрессанты, могут оказывать побочный эффект индуцирования РБДГ. Этот побочный эффект может оказаться очень трудно различимым у некоторых пациентов с ПТСР, которые уже могут быть склонны к жестоким кошмарам, сопровождающимся некоторой избыточной двигательной активностью во время медленного или быстрого сна. Таким образом, тщательная оценка анамнеза до назначения психотропных препаратов пациенту с ПТСР и ночными кошмарами имеет решающее значение для того, чтобы иметь возможность контролировать, может ли лекарство ухудшать протекание парасомнии.

Что касается управления РБДГ, то для предотвращения причинения вреда себе или другим людям требуется сначала перестроить обстановку, в которой спит человек и проинформировать его или ее соседей по кровати или соседей по комнате о данном расстройстве. Военнослужащему, страдающему от РБДГ, крайне важно ограничить доступ к любому оружию. Очевидно, что участие военнослужащего, страдающего от РБДГ, в предстоящем развертывании в боевой обстановке должно быть надлежащим образом поставлено под сомнение.

Хожение во сне

Лунатизм – это бессознательный и непроизвольный процесс, который обычно заключается во вставании с постели и перемещении по своему месту расположения и выполнении задач, как если бы человек бодрствовал. Считается, что примерно 2% взрослых людей ходят во сне. Для клинициста, работающего с военнослужащим, крайне важно, чтобы человек, склонный к лунатизму, был направлен к специалисту до начала развертывания, особенно потому, что последние данные свидетельствуют о более высоких, чем ожидалось, показателях нарушения дыхания во сне у взрослых, страдающих лунатизмом. Большинство военнослужащих в зонах боевых действий имеют оружие и боеприпасы на расстоянии вытянутой руки 24 часа в сутки.

Эта комбинация, плюс потенциальное блуждание в опасной зоне, может иметь тяжелые последствия. Что касается управления расстройством, то, как и в случае с РБДГ, первым шагом является создание для военнослужащего безопасной среды (очистка проходов, хранение оружия и боеприпасов в запертом шкафу, запираание дверей и окон). С фармакологической точки зрения, может быть оправдано применение седативных средств. В зависимости от степени тяжести расстройства следует рассмотреть возможность удаления военнослужащего из боевой обстановки.

Нарушения дыхания во сне

Расстройство дыхания во сне – это общий термин, который относится к группе расстройств, вызывающих нарушения в дыхательных путях и общего содержания кислорода в организме. Исследования, подтверждающие пагубное влияние трудностей дыхания во сне на здоровье, особенно на здоровье сердца, являются ошеломляющими. Два распространенных расстройства этой группы – храп и апноэ¹.

Храп – чрезвычайно распространенное явление, которое может причинять значительные страдания человеку и тем, кто делит с ним спальню. У военнослужащих храп может развиваться или усугубиться из-за суровых условий окружающей среды, которые могут увеличить заложенность носа, во время развертывания и учебных упражнений. В этом случае, все, что необходимо, это лечение застойных явлений с помощью лекарств или использования носовых расширителей.

Апноэ определяется как обструктивное дыхание во время сна – в его наиболее тяжелой форме, собственно как апноэ (полное прекращение дыхания) или в легкой форме, как сопротивление верхних дыхательных путей.

В прошлом военнослужащие, страдавшие апноэ, часто увольнялись по медицинским показаниям. Эта практика значительно изменилась за последние несколько лет, поскольку совершенствование инфраструктуры на театрах военных действий, в Ираке и Афганистане, позволила использовать аппараты поддержания непрерывного положительного давления в дыхательных путях это – стандартное лече-

¹ Апноэ – остановка дыхания во сне.

ние апноэ. Однако из-за суровых условий окружающей среды (песок, пыль, грязь) поддержание оптимального функционирования аппаратов может стать сложной задачей.

Независимо от того, страдает ли военнослужащий храпом, апноэ или каким-либо другим биологическим или физическим расстройством сна, следует рассмотреть вопрос о его направлении на обследование. Большинство военно-медицинских центров будут иметь в штате штатного сертифицированного врача по проблемам сна или будут поддерживать контракт с поставщиком подобных услуг в рамках медицинского сообщества.

Нарушения циркадного ритма

Нарушения циркадного ритма возникают, когда нарушается естественный цикл сна-бодрствования организма и человек не может спать в соответствующее время; следовательно, в результате бессонницы ночью может развиться чрезмерная дневная сонливость. Наиболее распространенные нарушения циркадного ритма обусловлены сменой часовых поясов, задержкой фазы сна и нарушением сна вследствие сменной работы. Последнее является наиболее актуальным для военнослужащих.

Расстройство сна из-за сменной работы. Расстройство сна возникает у людей, работающих по неустойчивому графику, что наносит ущерб естественному циркадному ритму организма (циклу сна-бодрствования). Длительное нарушение циркадного цикла часто приводит к бессоннице или чрезмерной сонливости, что ведет к уменьшению времени бодрствования. В зависимости от военно-профессиональной специализации военнослужащего, различных степеней риска собственной жизни или жизням окружающих нарушения циркадного цикла могут стать проблемой, которую необходимо будет решать. Очевидно, что особое внимание должно быть уделено таким воинским специальностям, как летчик, пехотинец, водитель грузовика или дежурный по контрольно-пропускному пункту. Управление циркадными нарушениями является в первую очередь организационным вопросом; оно может заключаться в уменьшении количества ночных смен подряд, избегании зависимости от психостимуляторов или обучении военнос-

лужащих их более разумному использованию, соблюдении надлежащей гигиены сна, получении адекватного сна в выходные дни или после окончания смены и создании нестимулирующей и благоприятной для сна среды. В некоторых случаях седативные препараты могут быть необходимы для регулирования режима сна; этот подход, скорее всего, будет успешным, если лекарство используется не чаще двух-трех раз в неделю.

Нарушения движения во сне

Нарушения движения во сне характеризуются чрезмерными и неудобными движениями во время сна или во время бодрствования таким образом, что они мешают сну. Двумя наиболее распространенными видами расстройств являются синдром беспокойных ног (СБН) в состоянии бодрствования и периодическое нарушение движения конечностей (ПНДК). Существенной особенностью СБН является сильное желание двигать конечностями, как правило, нижними. Пациенты часто описывают дискомфортные ощущения от беспокойного возбуждения в конечностях или ощущения, что по конечностям кто-то ползает, которое облегчается только движением пораженных конечностей. Симптомы обычно наиболее неприятны, когда человек пытается заснуть, или после пробуждения в течение ночи; следовательно, бессонница из-за начала сна и проблем с поддержанием здоровья является распространенным явлением.

ПНДК характеризуется поведением, варьирующимся от легкого, непрерывного движения лодыжек или пальцев ног до дикого и неистового брыкания ногами и руками во сне. Кроме того, иногда это расстройство сопровождается подергиванием носом, губами и мышц брюшного пресса. Как и в случае с СБН, в ПНДК движение ног более типично, чем движение рук. Бессонница также может быть усугубляющим фактором ПНДК. Наиболее актуальной проблемой, связанной с этими расстройствами у военнослужащих, является то, что некоторые антидепрессанты могут вызывать или ухудшать симптомы ПНДК и СБН. Учитывая, что антидепрессанты являются распространенным методом лечения ПТСР, тщательная оценка того, когда начались симптомы ПНДК и СБН, имеет решающее значение.

Гиперсомния

Можно утверждать, что гиперсомния – это то, с чем знаком каждый солдат, участвовавший в боевых действиях, за исключением того, что они знают ее только как сильную сонливость; они не могут выспаться. Как уже говорилось ранее, лишение сна является необходимой нормой в армии, поэтому человек с таким заболеванием, как нарколепсия¹, вероятно, никогда не пройдет базовую подготовку. Наиболее актуальными для гиперсомнии являются два состояния: (1) синдром недостатка сна, достаточно серьезный, чтобы ухудшить работоспособность; при этом пациенту должна быть предоставлена возможность больше спать или чрезмерная дневная сонливость должна лечиться стимуляторами (например, кофеином), если это считается необходимым для выживания, и (2) посттравматическая нарколепсия, которая может возникнуть после травмы головы; она лечится так же, как и нарколепсия.

Выводы

Знания о причинах, характеристиках, последствиях и лечении нарушений сна у военнослужащих имеют решающее значение для практикующего врача, который работает с ними. Также крайне важно осознавать тот факт, что многие из этих расстройств сосуществуют. Как уже говорилось ранее, военнослужащие могут подвергаться большему риску развития особых нарушений сна из-за различных специфических факторов. Прочие расстройства, возможно, не часто встречаются у военнослужащих, но они могут иметь более тяжелые последствия, если их не лечить. Независимо от того, готовится ли военнослужащий к учебным упражнениям у себя дома или за границей, готовится ли он к развертыванию во враждебной среде или возвращается домой после 12-месячной командировки на войну, существуют эффективные методы лечения нарушений сна с использованием медицинского, психологического и фармакологического подходов, которые, вероятно, улучшат качество жизни, повысят продуктивность и эффективность деятельности, а также уменьшат количество сбоев и несчастных случаев.

¹ Нарколепсия – заболевание нервной системы, характеризуется дневными приступами непреодолимой сонливости и приступами внезапного засыпания.

Источники, на которые ссылаются авторы

Grossman, D., & Christensen, L. W. (2004). On combat: The psychology and physiology of deadly conflict in war and in peace. St. Louis, MO: PPCT Research Publications.

Krakow, B. (2007). Sound sleep, sound mind: 7 keys to sleeping through the night. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Глава 10

ИНТИМНЫЕ ОТНОШЕНИЯ В СЕМЬЯХ ВОЕННЫХ

Интимные отношения и военные

В обзоре Галовски и Лайонс (2004) сделан вывод, что боевые впечатления воздействуют на семью военнослужащего через посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Исследования, проведенные в период с 1980-х по середину 1990-х годов, составили основную массу доказательств, на основании которых был сделан этот вывод. В то время почти все ветераны были мужчинами, литература о стрессе развертывания только начинала развиваться, и было мало исследований по семейным вмешательствам при ПТСР. Исследования того периода показали, что психопатология (ПТСР в большей степени, чем другие диагнозы) последовательно предсказывает проблемы, наблюдаемые у партнеров (жен) и детей или сообщения о них. Из различных групп симптомов ПТСР, наиболее разрушительными для отношений оказались симптомы бесчувствия/избегания. В этой главе мы опираемся на наше предыдущее исследование проблем брака/партнера, связанных с военной службой, и пересматриваем наши предыдущие выводы в свете последних исследований. Повышенное внимание уделяется стрессу развертывания и сексуальной травме, хотя боевая травма остается одной из основных. Обсуждаются меры, направленные на укрепление и восстановление отношений. Предлагаются рекомендации по дальнейшим направлениям работы.

Идентификация риска: стрессоры, связанные со взаимоотношениями

Военные пары сталкиваются с многочисленными проблемами, особенно во время войны; однако они часто обладают качествами и

имеют доступ к ресурсам, способствующими формированию и поддержанию резилентности. Таким образом, важно просеивать данные, свидетельствующие как о сильных, так и о слабых сторонах военных пар и избегать предубеждений или общих стереотипов. После широкого обзора, в следующих разделах рассматривается развертывание как фактор риска, связанный с воздействием травм и ПТСР, и, наконец, рассматриваются индивидуальные факторы риска для семей, столкнувшихся с ПТСР.

Стрессоры, общие с другими профессиями

Проблемы, встающие перед семьями военнослужащих, особенно во время войны, привлекают внимание общественности. Некоторые из этих проблем – например, сменная работа, переезды, периоды разлуки, опасные задания – характерны также и для различных гражданских профессий. Хотя часто предполагается, что они вызывают затруднения, проблемы не являются однородными по своему воздействию; например, исследования по влиянию переселения семей дали неоднозначные результаты, причем некоторые указали на негативные последствия, а другие сообщили о повышении резилентности семей к частым переездам. Исследования, проведенные как с гражданскими, так и с военными, показали, что сменная работа, по ее восприятию работающими и их семейными партнерами, часто создает напряжение в отношениях из-за усталости, ограничения социальных возможностей, недостаточной доступности детских школьных занятий, церковных и клубных мероприятий и т. д. Читатели, однако, могут, вероятно, судить на основании собственного опыта, что из сменной работы можно извлечь пользу – например, в плане обеспечения супружеской паре возможности круглосуточного ухода за ребенком с помощью дополнительных смен.

Трудности могут возрастать, когда род занятий требует длительных отлучек. Такие занятия часто сопряжены с сопутствующим физическим риском. Исследователи изучали коррективы в ролевом функционировании и совладании, необходимые в периоды супружеской разлуки у партнеров оффшорных рабочих, торговых моряков, коммерческих рыбаков и дальнобойщиков. Напряженность опасных про-

фессий еще больше возрастает при возникновении острого кризиса, о чем свидетельствуют долгосрочные стрессовые реакции партнеров пожарных, участвовавших в спасательных и восстановительных работах после террористических атак. Когда острые обстоятельства приводят к выходу работника на пенсию, необходимость корректировки стратегий совладания еще больше усугубляется. В общинах, где соединены семьи, связанные с определенной профессией, поддержка коллег может быть важнейшим источником силы для борьбы с трудностями. Данное сообщество может стать особенно уязвимым к косвенной травматизации и повреждению всей социальной сети, когда бедствие поражает сообщество в целом, например, когда рушится шахта или горит здание, или судно теряется в море. Важно иметь в виду тот факт, что семьи военнослужащих – не единственная профессиональная группа, которая разделяет многие из этих проблем и что результатом могут быть как дисфункция, так и резилентность.

Развертывание как стрессор

Развертывание для ведения войны или выполнения опасных миротворческих миссий создает конвергенцию вышеупомянутых факторов стресса. Литература о стрессе, сопровождающем развертывание, с началом глобальной войны с террором умножилась, как грибы после дождя. Сообщения о высокой частоте симптомов среди возвращающихся военнослужащих вызывают тревогу. Многие отчеты базировались на использовании инструментария краткого скрининга, предполагающего более тщательную последующую оценку выявленных случаев на предмет включения их в перечень клинически значимых проблем. Кроме того, огромный масштаб исследований делает их статистически чувствительными даже к небольшим числовым различиям.

Маккэрролл и др. (2000) изучили результаты опросов, собранных в период с 1990 по 1994 год среди 26 835 женатых военнослужащих, находившихся на действительной службе, 43% из которых приняли участие в развертывании в течение предыдущего года, и обнаружили, что более длительное развертывание было связано с небольшим, но постепенным ростом супружеской агрессии. Ньюби и др. (2005) проанализировали сообщения 951 военнослужащего о положительных и

отрицательных последствиях их участия в развертывании миротворческого контингента. Женатые солдаты чаще сообщали о негативных последствиях (70% против 55% одиноких солдат), и что они (15,4% против 6,3% одиноких солдат) пропускали важные семейные события, находясь в отъезде. По всем темам 63% всех опрошенных солдат сообщили о некоторых положительных последствиях развертывания (включая доход, возможность самосовершенствования, наличие времени для размышлений), но женатые солдаты сообщили о меньшем количестве положительных последствий (72%), чем одинокие солдаты (82%). Интересно, что 9,4% состоящих в браке солдат сообщили, что развертывание привело к улучшению их отношений со другими значимыми для них людьми (1,2% одиноких солдат сообщили о таком улучшении).

Хогс, Аштерлони и Миликен (2006) проанализировали обычные данные состояния здоровья после развертывания 303 905 американских солдат и морских пехотинцев. Эти данные были собраны в течение года после возвращения из развертывания. Показатели психических расстройств варьировались в зависимости от места дислокации: Ирак – 19,1%; Афганистан – 11,3%; другие районы – 8,5%. Развертывание в Ираке и положительные результаты скрининга на наличие психических расстройств были связаны между собой и с увольнением военнослужащих из рядов вооруженных сил. Одним из следствий увольнения является то, что ветераны, испытывающие проблемы с психическим здоровьем, также лишаются структуры и сети социальной поддержки, которые в противном случае смогли бы помочь им в важных жизненных обстоятельствах (смена работы, переезд, смена сослуживцев, доступ к ресурсам армии, включая медицинское обслуживание), облегчая бремя, которое несут они и их семьи.

В четвертом докладе американской военной консультативной группы по психическому здоровью (Mental Health Advisory Team, МНАТ-IV) за 2006 год изучалось влияние войны на американские войска, ведущие боевые действия. Были проанализированы данные опроса 1320 солдат, 447 морских пехотинцев и 460 членов групп здравоохранения министерства обороны. В этот обширный доклад были также включены различные фокус-группы, интервью и наблюдения за поведением. Группа установила, что военнослужащие, находившиеся

в Ираке более 6 месяцев, имеют в 1,5-1,6 раза больше шансов получить положительный результат скрининга на наличие проблем с психическим здоровьем. Они чаще испытывают семейные проблемы (31% против 19%), чаще сообщают о супружеской неверности (17% против 10%) и чаще планируют раздельное проживание супругов или развод (22% против 14%). Многократное участие в развертывании связано с большей на 50% распространенностью проблем с психическим здоровьем (9% среди участвующих в развертывании неоднократно против 6% среди «дебютантов»). Высокая напряженность боевой работы сказывается на результатах скрининга: в 2,4 раза увеличивается количество проблем, связанных с тревожностью, в 2,6 раза – с депрессией и отмечается в 3,5 раза больше случаев острого стрессового расстройства или ПТСР. Читатели, заинтересованные в более широком комментарии к докладу МНАТ-IV, могут обратиться к специальному выпуску журнала «Травматология» за декабрь 2007 года, № 13(4).

Сарин и др. (2007) проанализировали интервью с 8441 канадским военнослужащим, состоящим на действительной службе (29% выборки составляли резервисты, находившиеся на действительной службе в течение предыдущих 6 месяцев). В выборку вошли военнослужащие, которые были развернуты для участия в различных боевых или миротворческих операциях. Как боевые, так и миротворческие операции были связаны с возрастанием проблем с психическим здоровьем; однако, когда к регрессионному анализу были добавлены независимые переменные «воздействие факторов боя» и «свидетельство зверств», участие в миротворческих операциях больше не связывалось с ростом проблем для психического здоровья. Таким образом, как и показывают результаты МНАТ-IV, ключевым фактором риска оказалось травматическое воздействие (а не просто участие в развертывании).

Для изучения решения проблем, возникших после развертывания, Милликен, Аштерлони и Хоге (2007) проанализировали состояние здоровья 88 235 американских солдат, служивших в Ираке. Они обнаружили, что общие показатели риска для психического здоровья были выше через 4–10 месяцев после развертывания, чем на момент возвращения домой, независимо от того, был ли солдат переведен в другое место за это время. Пункт «наличие мыслей или опасений, что у вас могут быть серьезные конфликты с вашим супругом, членами

семьи или близкими друзьями» был расширен в ходе последующих мероприятий, включив конфликты на работе. Количество утвердительных ответов по этому пункту увеличилось с 3,5% до 14,0% при последующем наблюдении в подгруппе военнослужащих, находившихся на действительной службе, а в подгруппе военнослужащих Национальной гвардии и резерва оно увеличилось с 4,2% до 21,1%. Самый высокий процент положительных результатов скрининга был отмечен по ПТСР (16,7% военнослужащих, состоящих на действительной службе и 24,5% резервистов); 10,3% и 13,0%, соответственно, были идентифицированы как подверженные риску депрессии и 11,8% и 15,0%, соответственно, как злоупотребляющие алкоголем. Общий показатель риска психическому здоровью увеличился с 17,0% до 27,1% в группе военнослужащих, состоящих на действительной службе, и с 17,5% до 35,5% в группе резервистов. Авторы предполагают, что более высокие показатели симптомов среди военнослужащих Национальной гвардии и резерва могут быть вызваны возвращением к гражданской занятости, сокращением доступа к медицинским услугам министерства обороны и уменьшением поддержки со стороны коллег. Как было установлено в их исследовании 2006 года (ранее описанном), из армии увольнялось больше солдат, имевших положительные результаты скрининга по определению риска психическому здоровью (7,4% против 5,7% солдат, у которых результат скрининга был отрицательным).

Туми и др. (2007) исследовали ту же проблему на протяжении более длительного промежутка времени. Их наблюдение за ветеранами войны в Персидском заливе 1991 года показало, что 18% ветеранов, которые приняли участие в развертывании ($n = 1061$), ретроспективно сообщили о начале психических расстройств в период войны, в отличие от менее чем 9% тех, кто не участвовал в развертывании ($n = 1128$). Удивительно, но простое участие в развертывании без непосредственного воздействия стрессоров боя/зоны военных действий прогнозировало возникновение ПТСР, тогда как воздействие стрессоров зоны военных действий было значительно более связано с другими тревожными расстройствами и депрессией. Некоторое утешение можно извлечь из того факта, что распространенность заболевания снизилась в течение десятилетия после развертывания. Среди группы участво-

вавших в развертывании распространенность депрессии снизилась с 7,1% в период войны в Персидском заливе до 3,2% спустя десятилетие, ПТСР сократилась с 6,2% до 1,8%, а уровень других тревожных расстройств снизился с 4,3% до 2,8%. Значимость факторов риска, таких как возраст, пол и другие демографические переменные, варьировалась в зависимости от диагноза.

Анализ диагнозов, хранящихся в Национальной базе данных департамента по делам ветеранов, помещенных в базу с октября 2001 года по декабрь 2005 года ($n = 103\,788$), показал, что 25% ветеранов, служивших в Ираке или Афганистане, получили по крайней мере один диагноз расстройства психического здоровья. Процент лиц, с выявленными проблемами с психическим здоровьем, увеличился до 31%, если в дополнение к диагнозам психопатологии рассматривались психосоциальные проблемы. Было установлено, что ветераны моложе 24 лет подвергаются повышенному риску. Сеал и др. (2007) признают, что, поскольку база данных включает только тех, кто обращался за медицинской помощью, проблема может оказаться серьезнее за счет тех, кто находится на действительной службе, и ветеранов, которые не испытывали потребности в медицинской помощи.

Исследование 10 272 британских ветеранов показало, что резервисты, дислоцированные в Ираке ($n = 786$), подвергались большему риску психических расстройств, чем обычные военнослужащие, ($n = 3936$). В исследовании высказывалось предположение, что это может быть связано с тем, что большинство резервистов не участвовали в развертывании со своим материнским подразделением и не имели сплоченной сети поддержки, которая могла бы помочь солдатам регулярных частей. Удовлетворенность браком была высока как среди резервистов, так и среди ветеранов в целом; однако среди резервистов, которые были развернуты в Ираке, в отличие от регулярных войск, удовлетворенность браком была ниже, а также в отличие от резервистов и регулярных войск, которые не принимали участие в развертывании.

Смит и др. (2008) недавно опубликовал проспективное исследование 50 128 военнослужащих США. Они обнаружили, что военнослужащие резерва и Национальной гвардии (в отличие от военнослужащих, состоящих на действительной службе), разведенные люди,

медицинские специалисты и курильщики или проблемные алкоголики были подвержены более высокому риску как возникновения ПТСР, так и стойкого ПТСР (т. е. уже имели ПТСР до развертывания).

Травма и ПТСР как факторы семейного риска

Исследователи из Великобритании, Канады и США сообщают, что ПТСР встречается у военнослужащих реже, чем некоторые другие психические расстройства. Однако большинство исследований по-прежнему подтверждают вывод, высказанный Галовски и Лайонс (2004), что воздействие боевых действий и жестокости связано с повышенным риском для психического здоровья, а ПТСР является одним из лучших предикторов проблем в семейных отношениях.

Ругер и др. (2002) проанализировали архивные данные Национального обследования семей и домашних хозяйств. Они изучили ответы 3800 мужчин, включая ветеранов, которые участвовали во Второй мировой войне, в войне в Корее или во Вьетнаме. Боевое воздействие было связано с увеличением на 62% числа случаев расторжения брака. Декель и Соломон (2006) изучали израильских ветеранов войны Судного дня 1973 года. Они сравнивали женщин-партнеров («жен») мужчин, страдающих ПТСР, побывавших в плену в 1973 году ($n = 18$), жен бывших военнопленных без ПТСР ($n = 64$) и жен ветеранов боевых действий, которые не были захвачены в плен и не имели ПТСР ($n = 72$). Наибольший дистресс был обнаружен у женщин-партнеров мужчин с ПТСР. Стресс у жен бывших военнопленных без ПТСР соответствовал промежуточным значениям общего уровня дистресса, но не был связан с супружеским дистрессом. Аналогично, проведенный Декелем (2007) анализ данных, полученных от 79 бывших военнопленных и 74 ветеранов боевых действий, не побывавших в плену, показал, что более высокие показатели симптомов ПТСР ветерана были связаны с большим страданием, которое испытывала его жена.

Риггс, Бирн и др. (1998) обнаружили, что ветераны Вьетнамской войны, которые имели симптомы посттравматического стрессового расстройства ($n = 26$) сообщили о более тяжелых семейных проблемах, чем группа не имевших ПТСР ($n = 24$). По трем показателям расстройства отношений 71–75% членов группы ветеранов с ПТСР сообщили

о супружеском неблагополучии по каждому показателю. Это было на 35–48 пунктов выше по каждому соответствующему показателю, чем у лиц, не страдающих ПТСР, которые сообщили о своих семейных неудачах. Недавнее исследование последствий Второй мировой войны сравнило 125 человек с ПТСР с теми 206 людьми, у которых ПТСР не было. Аналогично, Риггс и др., Кук и др. установили, что подгруппа с ПТСР сообщала о гораздо больших супружеских проблемах; однако процентная доля каждой группы, сообщившей о проблемах, была ниже, чем в исследовании Риггса и др. Используя для определения показателя неблагополучия значение в 98 баллов по шкале взаимной адаптации (Dyadic Adjustment Scale, DAS), в каждом исследовании к категории неблагополучных были отнесены: ветераны Вьетнама с ПТСР – 75%; ветераны Вьетнама без ПТСР – 32%; бывшие военнопленные Второй мировой войны с ПТСР – 31%; бывшие военнопленные Второй мировой войны без ПТСР – 11%. Оба исследования показали, что симптом эмоционального бесчувствия, характерный для ПТСР, особенно влиял на проблемы взаимоотношений.

Дирквагер, Брамсен, Адер и фон дер Плуг (2005) проанализировали ответы 708 партнеров (99% из которых были женщины) и 332 родителей (примерно 60% из которых были матерями) голландских миротворцев мужского пола. Большинство партнеров (61%) знали миротворца до развертывания, некоторые (32%) сожительствовали с ним до развертывания, а 91% жили вместе с миротворцем на момент проведения исследования. В тех случаях, когда респондентом был один из родителей, миротворец почти всегда проживал с этим родителем до начала развертывания (88%), но в настоящее время только 54% миротворцев живут с этим родителем. Партнеры тех, кто страдал от ПТСР, сообщали о меньшей удовлетворенности браком, о том, что у них самих было большое количество симптомов и что они получали негативную социальную поддержку. Серьезные последствия ПТСР наблюдались у незначительного числа партнеров, причем родители, по-видимому, не были так сильно затронуты симптомами ПТСР миротворца. Вместе с тем следует отметить, что, согласно сообщениям, существует путаница в отношении места/давности развертывания: 67% родителей сообщили о миротворце, служившем на последнем театре военных действий, иногда в течение последнего года, в то время как только 10% родителей

сообщили о миротворце, служившем в 1970-1980-е годы. Таким образом, партнеры и родители имели в виду миротворцев, у которых сроки развития ПТСР могут быть несопоставимы, и воздействие симптомов на респондента также может иметь различную продолжительность. Обнаружение большего уровня страдания у партнеров согласуется с нашими выводами по двум ветеранским программам восстановления после травмы штата Миссисипи, которые более подробно обсуждаются далее в этой главе.

Бекхэм, Литтл и Фельдман (1996), возможно, были первыми, кто использовал показатель меры обремененности для изучения семей, справляющихся с ПТСР. Они обнаружили, что 50% партнеров ветеранов чувствовали себя на грани нервного срыва. Нагрузка, возложенная на партнера, измеренная с помощью опросника из 22 пунктов, коррелировала с тяжестью ПТСР ветерана. Аналогичным образом, Калхун, Бекхэм и Босворт (2002) обнаружили, что партнеры ветеранов Вьетнама с ПТСР ($n = 51$) сообщали о большем бремени и страдании, чем партнеры ветеранов без ПТСР ($n = 20$). ПТСР была лучшим предиктором оценки нагрузки на партнеров.

Для дальнейшего измерения нагрузки на партнеров мы связались с 89 женщинами-сожительницами ветеранов, которые находились на постоянном лечении от ПТСР, связанного со службой. Партнеры набрали более 90-го процентиля¹ по субшкалам тревоги, депрессии и соматизации Краткого перечня симптомов (Brief Symptom Inventory, BSI-18), при этом общий средний балл BSI составил 26,3; 15% женщин сообщили о недавних суицидальных идеях.

Неадаптивный стиль когнитивной оценки может еще больше увеличить риск возникновения у партнера дистресса. В исследовании жен ветеранов, страдающих от ПТСР, Доллар, Лайонс и Киблер (2007) обнаружили, что почти половина из них (15 из 31) считают, что напряжение, вызываемое ПТСР ветерана, превышает их способность справиться с ним (группа, оценивающая ПТСР как угрозу). По сравнению с 16 женщинами, которые воспринимали свои копинг-способности² как

¹ Процентиль – процентная доля индивидов из выборки стандартизации, первичный результат которых ниже данного первичного показателя.

² Копинг – способ выведения организма из стрессового состояния; переживание как преодоление неблагоприятных последствий стресса.

равные или превышающие нагрузку, вызванную ПТСР (группа, оценивающая ПТСР как проблему), группа, оценивающая угрозу, сообщила о большей депрессии и обременении.

Во многом подобно тому, как наша исследовательская группа обнаружила, что стиль оценивания партнеров связан с усилением дистресса, израильские исследования обнаружили различия, связанные со стилем привязанности партнеров. Декель (2007) обнаружил, что более тяжелое посттравматическое расстройство у бывших военнопленных было связано с большим страданием их жен, как уже обсуждалось ранее; однако отношения различались по силе у женщин с определенными стилями привязанности. Еще более поразительное различие было обнаружено в росте посттравматических симптомов у жен ветеранов. У жен с безопасным стилем привязанности, более выраженные симптомы ПТСР ветерана коррелировали с большим ростом симптомов у жены, в то время как обратная корреляция (большая ПТСР мужа ассоциировалась с меньшим ростом симптомов у жены) наблюдалась у жен с небезопасным/избегающим стилем привязанности.

Последствия ПТСР и семейного неблагополучия могут развиваться по спирали. В крупном британском исследовании Брауна и др. (2007) было установлено, что большинство проблем психического здоровья после развертывания было вызвано предикторами, действовавшими во время развертывания (такими как уровень сплоченности подразделений и события боя). Вопреки здравому смыслу, посттравматическое расстройство не соответствовало этой модели. Симптомы ПТСР были более тесно связаны с домашними трудностями, испытываемыми во время и после развертывания. Авторы этого исследования предполагают, что симптомы ПТСР, возможно, способствовали возникновению проблем по возвращению военнослужащего домой. С другой стороны, они также предполагают, что симптомы, которые в противном случае могли бы спонтанно исчезнуть, вместо этого укореняются, если есть неблагоприятный внутренний опыт. Эта последняя интерпретация согласуется с выводами Таррьеера, Соммерфилда и Пилгрима (1999) о том, что плохие семейные отношения обеспечивают почти 20% неудачных исходов лечения ПТСР в гражданской выборке.

Галовски и Лайонс (2004) пришли к выводу, что бесчувствие/отвыкание составляют большую часть трудностей, с которыми сталкиваются во взаимоотношениях травмированные ветераны. Недавнее исследование Ланни и Шнурра (2007) также предполагает эмоциональное бесчувствие. Они изучили влияние кластера симптомов ПТСР на различные аспекты качества жизни у 319 мужчин-ветеранов Вьетнама с ПТСР до и после лечения. Только разница в степени бесчувствия были существенно связаны с изменениями в удовлетворенности отношениями.

Даже несмотря на то, что доказательства, указывающие на бесчувствие как основное препятствие для отношений, продолжают умножаться, есть основания продолжать изучать гнев и ущерб, который он наносит семьям после развертывания. Как уже отмечалось ранее, Милликен и др. (2007) выявили проблемы с управлением конфликтами после развертывания в 14% выборки (21% из подвыборки резервистов). Якупчак и др. (2007) сообщают, что враждебность и гнев особенно заметны у возвращающихся ветеранов, страдающих ПТСР. В нашем телефонном опросе партнеров ветеранов Вьетнама с диагнозом ПТСР 60% опрошенных сообщили, что чувствуют физическую угрозу со стороны ветерана.

Среди 179 супружеских пар (возраст ветеранов от 23 до 83 лет), обращающихся за лечением, 81% ветеранов с ПТСР или депрессией употребляли домашнее насилие в минувшем году (значительно больше, чем 46% из группы с диагнозом расстройства адаптации или с проблемой отношений с партнером). Кроме того, 42% и 45% ветеранов с депрессией и ПТСР, соответственно, как сообщается, совершили по крайней мере один акт домашнего насилия в минувшем году. Несмотря на то, насколько тревожно высоки эти показатели, они, скорее всего, не отражают истинную картину насилия, поскольку в клиники, в которых собираются данные, не обращаются пары, активно злоупотребляющие психоактивными веществами или практикующие домашнее насилие.

Исследование израильских ветеранов, проведенное Декем и Соломоном (2006), показало, что агрессивность мужчины и самораскрытие женщины-партнера были связаны с уровнем переживаний женщи-

ны. Ветераны, которые были военнопленными и страдали от ПТСР, хуже всех адаптировались к семейной жизни и были более физически агрессивны, по сравнению с бывшими военнопленными без ПТСР и ветеранами боевых действий, которые не были в плену, и не страдали от ПТСР.

Вполне возможно, что переменная, которая кажется более важной (бесчувствие или гнев), может быть результатом того, какого человека вы расспрашиваете и как точно вы определяете переменные; например, Риггс и др. (1998) в своих публикациях подчеркивали значение бесчувствия, а Эванс, Макхью, Хопвуд и Уотт (2003) – гнева. Однако результаты обоих исследований гораздо более схожи, чем кажется на первый взгляд. Мы обнаружили, что эмоциональное бесчувствие ветерана в подмножестве элементов кластера симптомов избегания (аффективное сужение сознания, отрешенность, потеря интереса к приятной деятельности) в значительной степени прогнозирует оценку удовлетворенности отношениями как со стороны ветерана, так и его партнера. Эванс и др. обнаружили, что по степени проявления гнева у ветерана также можно прогнозировать оценку удовлетворенности семейными отношениями. Таким образом, эти два исследования не так противоречивы, как кажется на первый взгляд, но вместо этого дают удивительно схожие результаты, несмотря на различия в выраженности симптомов и различных инструментах, используемых для оценки межличностных отношений.

Сексуальная травма. Консультативная группа по психическому здоровью (2006) установила, что от 12 до 13% женщин-военнослужащих, находящихся в Ираке, сообщают о симптомах острого стресса/ПТСР, независимо от уровня боевого воздействия. О сексуальных травмах не сообщалось, но ими может объясняться это в целом аномальное открытие. Точные показатели сексуального насилия в вооруженных силах неясны, поскольку от 69 до 90% инцидентов могут оставаться незарегистрированными. О физическом сексуальном насилии сообщают от 23 до 41 процента женщин-военнослужащих и ветеранов. Из числа зарегистрированных жертв сексуального насилия в армии 9% составляют мужчины, а 85% нападений на мужчин совершаются с участием нескольких нападавших. В ходе исследования 196 женщин-ветеранов Ейгер и др. (2006) обнаружили, что военная сексуальная травма

приводила к ПТСР в большем количестве случаев (60%), чем другие виды травм (43%). Аналогично, Сурис и др. (2004) обнаружили, что женщины, подвергшиеся сексуальному насилию со стороны сослуживцев, в три раза чаще страдали от ПТСР, чем женщины, подвергшиеся сексуальному насилию в других контекстах (в детстве, от гражданских лиц), и в девять раз чаще, чем женщины, не сталкивавшиеся с сексуальным насилием. Сексуальная травма может вызвать чувство гнева, беспомощности и вины у мужчин-партнеров женщин, подвергшихся нападению со стороны других людей. Как мужчины, так и женщины сообщают, что прошлые сексуальные травмы мешают их сексуальной близости, но это замечание не ограничивается сексуальной травмой.

*Достижение баланса: проблемы скрининга
и интерпретации данных*

Исследования, направленные на уточнение стратегий скрининга; например, исследование ПТСР в голландских пехотных войсках Энгельхарда и др. (2007) обнаружило, что опросники значительно завышали показатели патологии по сравнению с клиническими интервью. Показатели симптомов, определенные в ходе интервью, были на 41% ниже, чем те, которые были указаны в анкетах. Смит и др. (2008) сравнивают различные стратегии подсчета очков при использовании PCL в качестве инструмента скрининга. Смит и др. также указывают на то, что уровень ПТСР и других расстройств, связанных с развертыванием и боевыми действиями, будет чрезмерно завышен, если не будут вычтены показатели, полученные перед развертыванием, когда боевые действия еще не начались. В своем исследовании 50 128 американских военнослужащих они пришли к выводу, что только до 76% новых случаев ПТСР, полученных в период развертывания можно расценивать как результат боевого воздействия.

Миллиken и др. (2007) обнаружили, что частота положительных результатов скринингов на ПТСР увеличивалась в течение нескольких месяцев после развертывания, как это было описано ранее, но одни и те же люди не обязательно идентифицировались как подверженные риску в эти два момента времени. Из числа военнослужащих, у которых были положительные результаты скрининга при первоначальной

диагностике сразу после развертывания, большинство (59,2% группы военнослужащих, состоящих на действительной службе, и 49,4% группы резервистов) без лечения улучшили свое состояние ко времени повторной диагностики. Еще более высокий процент исчезновения симптомов депрессии наблюдался в период от скрининга 1 до скрининга 2 (62,2% группы военнослужащих, состоящих на действительной службе, и 56,0% группы резервистов). Такое улучшение полностью согласуется с описанием симптомов ПТСР в DSM-IV: «Полное выздоровление происходит в течение 3 месяцев примерно в половине случаев» (АПА, 1994, с. 426).

В ходе исследования Гоффа и др. (2007) с помощью анкетирования и интервью была проведена оценка удовлетворенности супружеских пар отношениями после недавней командировки их мужей в Ирак или Афганистан. Исследовательская группа набрала 45 пар из общин, расположенных вблизи двух военных гарнизонов. В реферате исследования полученные результаты обобщаются следующим образом (с. 344): «Результаты показали, что усиление симптомов травмы... у солдат в значительной степени прогнозировало более низкую удовлетворенность браком/отношениями как для солдат, так и для их партнеров-женщин. Полученные результаты свидетельствуют, что индивидуальные симптомы травмы отрицательно влияют на удовлетворенность отношениями в военных парах, в которых муж подвергся воздействию военной травмы». Хотя опыт войны не может быть стерт, результаты исследования обескураживают, и, возможно, точка зрения авторов – не единственный способ интерпретировать эти данные. Вывод, основанный на изучении подмножества результатов, представленных в тексте как «ограничения» исследования, предлагает гораздо более позитивную перспективу. Несмотря на то, что люди только что пережили напряженный период развертывания, воздействие боевых травм и трудностей воссоединения, пары, участвовавшие в исследовании, показали высокие средние баллы по шкале DAS (более 113 для солдат и их жен), их баллы по контрольным спискам симптомов ПТСР были значительно ниже, чем у клинических образцов, и они были «в целом очень удовлетворенной выборкой» (с. 352). Таким образом, вместо доказательств того, что травма создает супружеские проблемы (хотя ранее сообщалось о наличии значительных корреляций), пока-

затели этой выборки могут быть фактически переосмыслены как демонстрирующие устойчивость военных пар в преодолении проблем, связанных с разлукой в период развертывания и военной травмой. Это исследование также является примером того, почему врачи должны быть осторожны, чтобы не предположить, что все травмы военнослужащих являются боевыми травмами. Даже несмотря на то, что 82% мужчин перечисляли военные травмы в качестве наиболее травматичного личного опыта, ими были также отмечены другие виды травм (в том числе у 4 из 45 мужчин, сообщивших о сексуальном насилии в детстве).

Меры воздействия

В ходе/после развертывания

Один из главных выводов доклада МНАТ-IV (Mental health Advisory team, 2006, с. 79) состоял в том, что позитивное лидерство может быть «панацеей», «серебряной пулей»¹ для поддержания психического здоровья и благополучия развернутых сил. «Показатели психических расстройств в часто воевавших подразделениях, с хорошими унтер-офицерами (уоррент-офицерами), были едва ли выше, чем в подразделениях, редко участвовавших в боях, в которых были плохие унтер-офицеры, и примерно в два раза ниже, чем в подразделениях, часто участвовавших в боях, но возглавлявшихся плохими унтер-офицерами. Неоднозначная или ложная информация может способствовать возникновению стресса в семье и в обществе в трудные времена. Хорошее руководство на уровне подразделений может помочь решить эту проблему, и оно также связано с уменьшением стресса, о котором сообщают жены во время участия их мужей в развертывании для выполнения гуманитарной миссии.

Хорошие лидеры также могут задавать тон при разрешении вопросов сексуального насилия. Реакции со стороны окружающих, с которыми сталкиваются пережившие сексуальное насилие, обуславливают у них как развитие посттравматических симптомов, так и позитивную адаптацию, и рост. Что касается сексуальных нападений в армии, то

¹ Silver bullet – метафора – символ технологического прорыва, универсальное и эффективное решение.

вызывает озабоченность тот факт, что Кэмпбелл и Раджа (2005) обнаружили, что попытки сообщать о таких нападениях часто встречали отпор со стороны военной администрации. Из 39 женщин-ветеранов, сообщивших о нападениях во время военной службы, 83% заявили, что их опыт общения с военными юристами заставляет их неохотно обращаться за дополнительной помощью, а негативные реакции со стороны правоохранительных органов значительно коррелируют с усилением симптомов заболевания. Нападения имели место в среднем за 11,6 года до сбора данных. Оперативность реагирования на подобные травмы, в последующие годы, вероятно, повысилась, но военное руководство должно сохранять бдительность в этом вопросе.

Военные признают, что доступ семей к психологической помощи в прошлом был неоптимальным, и они продолжают наращивать усилия по облегчению доступа. До настоящего времени большое внимание уделялось группам психообразовательной/ориентированной на рост поддержки во время развертывания. Современные меры по оказанию помощи семьям в преодолении стресса, связанного с развертыванием, остаются аналогичными руководящим принципам, представленным Блэком (1993) и Пиблз-Клейгером и Клейгером (1994). Большинство из них организованы по этапам, соответствующим фазам стресса развертывания, выявленным Пиблз-Клейгером и Клейгером:

- первое уведомление семьи о предстоящем развертывании,
- отъезд члена семьи для участия в развертывании,
- эмоциональная дезорганизация семьи во время первых недель участия любимого человека в развертывании,
- стабилизация семьи,
- ожидание возвращения члена семьи домой,
- воссоединение и реинтеграция/стабилизация семьи.

Последние данные подтверждают предупреждение Блэка, что воссоединение может стать более напряженным периодом, чем разлука.

Многие из проблем и стратегий повышения резилентности после стихийных бедствий, отстаиваемые Уолшем (2007), могут быть применены для борьбы со стрессом развертывания, с воздействием физических и эмоциональных нарушений, смерти в бою и других травм. Уолш указывает на важность развития индивидуального и общинного смысла, «вплетения нити опыта утраты и восстановления в ткань инди-

видуальной и коллективной идентичности и жизненного пути» (с. 210). Подчеркивается важность восстановления рутинных процедур и укрепления существующих сетей поддержки. Уолш пишет, что необходимо: «(1) нормализовать и контекстуализировать дистресс, (2) выявить сильные стороны и активные стратегии преодоления для расширения прав и возможностей членов семьи, (3) предложить последующие сеансы и услуги в области психического здоровья для тех, кто находится в тяжелом или постоянном дистрессе, и (4) мобилизовать семейную и социальную поддержку для продолжающегося восстановления» (с. 217). Для координаторов групп Уолшем предусмотрены руководящие принципы, достаточно специфичные, требующие жесткого руководства. Как отмечается и в докладе МНАТ-IV, Уолш подчеркивает важность эффективного руководства (например, предоставления точной и недвусмысленной информации) и необходимость творческого подхода в предоставлении терапевтических услуг в неклинических условиях, где люди чувствуют себя более непринужденно (например, в центре местной общины).

После признания факта, что резервные войска часто имеют ограниченный доступ к услугам в области психического здоровья, был разработан проект Стратегического охвата семей резервистов (Strategic Outreach to Families of All Reservists, SOFAR). Проект SOFAR привлек психоаналитиков и психодинамических терапевтов частной практики, чтобы добровольно, по крайней мере один час в неделю, предлагать свои услуги *pro bono*¹. В статье Дарвина и Райха даются советы по разработке подобных программ, а также предлагаются дополнительные учебные материалы по контактам help@sofausa.org. Программа «Дайте час» (giveanhour.org) – еще одна быстро растущая программа *pro bono* в области психического здоровья, доступная для военнослужащих и членов их семей, выполнявших обязанности в Ираке и Афганистане либо в составе регулярного, либо резервного компонента.

Многочисленные ресурсы для семей военнослужащих и врачей-клиницистов теперь доступны онлайн. BATTLEMIND (www.battlemind.org) предлагает серию брошюр и учебных программ, призванных помочь военнослужащим и их семьям. Медицинский клинический центр развертывания (www.pdhealth.mil) и Национальный

¹ *Pro bono* (лат.) – во благо.

центр посттравматического стрессового расстройства (www.ncptsd.org) также являются хорошими отправными точками. Фигли (2005) обращает внимание на полезный онлайн-раздаточный материал «Снова стать парой: как выработать чувство общей цели после разветывания» (www.usuhs.mil/psy/RFSMC.pdf). Некоторые фирмы организовали семинары для возвращающихся военнослужащих, переживших травму, и их семей, включая обеспечение рабочими тетрадями участников и руководствами для координаторов (www.heartstowardhome.com).

Гофф и др. (2006, с. 458) заключают: «На отношениях семейной пары предыдущая травма, по-видимому, действует как «фантом», всегда присутствующий, но не всегда наблюдаемый или осознаваемый партнерами». Терапия не может отменить воздействие травмы, но она может эффективно лечить ПТСР. Журнал клинической психиатрии опубликовал рекомендации специально для клиентов и членов их семей. Ссылки на дополнительные практические рекомендации по лечению ПТСР можно найти на ресурсе <http://www.ncptsd.va.gov/ncmain/resources/treatment.jsp>. Читатели должны знать, что обслуживание по поводу сексуальных травм еще более доступно, нежели других видов травм; любой ветеран, переживший военную сексуальную травму, имеет право на бесплатную консультацию в медицинских центрах по делам ветеранов/ветеранских центрах независимо от пола, возраста службы, дохода или категории инвалидности.

Риггс (2000), проанализировав возможности супружеской и семейной терапии ПТСР, выделил два основных подхода к лечению: системный и вспомогательный. Системный подход рассматривает роль семейных отношений в уменьшении конфликтности или укреплении семейных связей; целью является повышение качества семейных отношений. Цель вспомогательных методов лечения состоит в том, чтобы способствовать излечению ПТСР путем увеличения социальной поддержки пережившего травму человека и вовлечения в терапию семьи; здесь целевым результатом является снижение симптомов ПТСР. Вспомогательные методы лечения часто информируют семью о том, что такое ПТСР и помогают им найти способы справиться с симптомами ПТСР у своих близких. Используя систему оценок от А до F для оценки влияния, Риггс оценил силу воздействия супружеской и семейной терапии ПТСР как «Е».

Глинн и др. (1999) опубликовали исследование поведенческой семейной терапии ПТСР у ветеранов в качестве дополнения к экспозиционной терапии. Акцент был сделан на обучении ветеранов навыкам совладания с основным целевым результатом – снижением симптомов ПТСР, поэтому это лечение могло бы быть классифицировано Риггсом как поддерживающее вмешательство. Компонент семейной терапии состоял из 3 сессий по ориентации в проблеме и диагностики, 2 информационных сессий, посвященных лечению ПТСР/поддержанию психического здоровья и 11-13 тренингов в формировании навыков (общения, контроля гнева, разрешения проблем). Сочетание семейной и экспозиционной терапии ($n = 11$) приводило к примерно двукратному уменьшению симптомов ПТСР, чем это было достигнуто при использовании только экспозиционной терапии ($n = 12$), но разница не была статистически значимой.

Монсон, Шнурр, Стивенс и Гатри (2004) сообщили о влиянии когнитивно-поведенческой парной терапии на симптомы ПТСР и качество взаимоотношений у семи ветеранов Вьетнама. 15-сессионное вмешательство, подробно описанное Монсоном, Гатри и Стивенсом (2003), включало сильный системный акцент: два психолого-педагогических сеанса обеспечили пациентов информацией о ПТСР и связанных с ней проблемах в отношениях. Остальные сессии были посвящены обучению коммуникативным навыкам и когнитивным вмешательствам. Некоторые ветераны сообщили об улучшении ПТСР и качества отношений с партнерами, но другие сообщили об ухудшении. Оценки врачей и жен ветеранов были более позитивными, как и сообщения самих ветеранов о снижении симптомов тревожности и депрессии. Интерпретация опыта ограничена небольшим объемом выборки и отсутствием группы сравнения или нескольких исходных данных. Необходимы более масштабные, контролируемые исследования.

Ни системный, ни вспомогательный подходы не фокусируются на необходимости участия в терапии значимых для пациентов людей, но недавние исследования показывают, что супруги и другие партнеры стремятся задействовать этот аспект лечения. Мы провели опрос на семинарах для семей ветеранов, находившихся на лечении от ПТСР. Дети, родители, братья и сестры, друзья ветеранов сообщили об ограниченном участии в оказании помощи ветеранам, и расспросили нас

о традиционно предлагавшихся типах вспомогательных и системных услуг; однако 30 опрошенных нами супругов сообщили о другой своей потребности. Они оценили собственное значение в процессе управления симптомами ПТСР мужей как «большое» или «очень большое... больше, чем значение лечащей группы». Они помогают ветеранам попасть на прием и придерживаться режима приема лекарств, замещают ветеранов в исполнении социальных обязанностей, которые те временно не могут исполнять, и структурируют образ жизни семьи вокруг защиты ветеранов от ситуаций, которые могут вызвать рецидив. Многие жаловались на психологическую усталость от того, что они вынуждены быть главными кормильцами семьи плюс главными опекунами детей и престарелых родителей ветеранов. Большинство из них уже были хорошо осведомлены о ПТСР и не имели никакого желания проводить информационные сеансы. Одна треть супругов выразила заинтересованность в системной терапии для улучшения их отношений или уменьшения общего стресса. Однако наиболее частым обращением было обращение к психотерапевтам для удовлетворения индивидуальных потребностей. Многие супруги также хотели, чтобы социальная активность компенсировала изоляцию, навязываемую им социальным избеганием мужа. Когда мы проводили телефонный опрос для дальнейшего изучения потребностей партнеров, 89 женщин-партнеров ветеранов Вьетнама, инвалидов ПТСР, попросили описать услуги, которые могли бы помочь им «лучше поддерживать своих близких, страдающих от ПТСР». Из этих женщин 54% попросились в группу только для партнеров, 19% попросили индивидуальную терапию для себя и 13% попросили парную терапию.

Высокий уровень нагрузки на опекунов, отмеченный в нашем телефонном опросе, коррелировал с ощущением неспособности контролировать эмоциональные трудности ветерана или собственное со- владание с его симптомами. Оценки нагрузки партнеров также коррелировали с их сообщениями о препятствиях в доступе к клинической помощи (например, вследствие удаленности, высокой стоимости, бюрократических барьеров). В ответ мы разработали методику лечения на основе рабочей тетради, которую партнеры могут вести дома. Это вмешательство было специально предназначено для помощи партнерам, идентифицированным как имеющим нефункциональный стиль когни-

тивной оценки. Экспериментальные данные на сегодняшний день обнадеживают. Обратная связь от участников опросов показывает, что рабочая тетрадь (дополненная еженедельными телефонными звонками) помогает женщинам более адаптивно относиться к стрессорам и помогает им чувствовать себя в состоянии рассматривать варианты преодоления стресса.

Имеется несколько хороших информационных ресурсов. Видео «Живущие с ПТСР: уроки для партнеров, друзей и сторонников» доступно в интернете по адресу <http://www.giftfromwithin.org>. Национальный центр ПТСР предлагает информацию для семей по адресу <http://www.ncptsd.va.gov/ncmain/veterans/>. Бесплатная книга «Руководство для ветеранов и членов их семей по восстановлению после ПТСР» содержит полезную информацию, а также эссе ветеранов и членов их семей и справочник ресурсов.

Обсуждение

Военные пары сталкиваются со многими проблемами, но также они демонстрируют обладание многими сильными чертами. Из рассмотренных здесь исследований явствует, что военные пары в среднем были настолько же хорошо приспособлены или функционировали лучше, чем группы сравнения, несмотря на стрессоры, с которыми они сталкивались. Тем не менее на индивидуальном семейном уровне значительная часть супружеских пар явно страдает. В настоящее время существует гораздо больше вариантов терапевтического вмешательства, чем предлагалось в войнах прошлых эпох. У нас есть эмпирическое подтверждение того, что вмешательство начинается уже в полевых условиях, поскольку хорошее военное руководство является мощным буфером против воздействия стрессоров и травм. Все большее внимание уделяется потребностям партнера и семьи (а не только самого военнослужащего). Мы знаем, что в некоторых ситуациях, взаимоотношения людей оказываются на грани риска. Мы видим, что резервисты и их семьи подвергаются повышенному риску. Мы знаем, что во время развертывания некоторые показатели стресса достигают пика, и не разрешаются при возвращении домой и после развертывания. Недавние исследования вновь подтверждают, что воздействие боевых

действий и жестокости и ПТСР связаны со значительными проблемами в семейных взаимоотношениях. Гнев и бесчувствие представляют собой угрозы удовлетворенности партнеров семейными отношениями и функционированию семьи.

Некоторые области требуют дополнительных исследований. Следует поощрять подбор специфического лечения, при котором супружеским парам и отдельным лицам на основе предварительного обследования предлагаются целенаправленные терапевтические вмешательства. Нам нужно больше контролируемых исследований для оценки эффективности такого вмешательства. Мы упускаем важную возможность узнать о распространенности и влиянии военной сексуальной травмы, поскольку не сможем оценить ее в многочисленных эпидемиологических базах данных, разрабатываемых в настоящее время. Многие аспекты посттравматического роста остаются загадкой, например, как кажущиеся положительными и отрицательными результаты могут влиять на семейные отношения и какие реакции со стороны близких людей являются полезными или вредными. Необходимо постоянная информационно-пропагандистская работа, чтобы руководящие органы продолжали сознавать, что здоровые семьи и сети поддержки способствуют повышению резилентности и облегчению восстановления после стресса, связанного с развертыванием, а также после травматического опыта.

Рекомендуемая автором литература

Lanham, S. L. (2005). Veterans' and families' guide to recovering from PTSD (3rd ed.). Annandale, VA: Purple heart Service Foundation (бесплатная копия должна быть доступна через местные ветеранские центры; посетите <http://www.vetcenter.va.gov/>).

Lyons, J. A. (2007). The returning warrior: advice for families and friends. In C. R. Figley & w. P. Nash (Eds.), Combat stress injury: Theory, research, and management (pp. 311–324). New York: Routledge.

Lyons, J. A. (2008). Using a life span model to promote recovery and growth in traumatized veterans. In S. Joseph & P. A. Linley (Eds.), Trauma, recovery and growth: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress (pp. 233–258). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Источники, на которые ссылается автор

Beckham, J. C., Lytle, B. L., & Feldman, M. E. (1996). Caregiver burden in partners of Vietnam War veterans with posttraumatic stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1068–1072.

Black, W. G., Jr. (1993). Military-induced family separation: A stress reduction intervention. *Social Work*, 38, 273–280.

Browne, T., Hull, L., Horn, O. Jones, M., Murphy, D., Fear, N. T., Greenberg, N., French, C., Rona, R. J., Wessely, S., & Hotopf, M. (2007). Explanations for the increase in mental health problems in UK reserve forces who have served in Iraq. *British Journal of Psychiatry*, 190, 484–489.

Calhoun, P. S., Beckham, J. C., & Bosworth, H. B. (2002). Caregiver burden and psychological distress in partners of veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 205–212.

Campbell, R., & Raja, S. (2005). The sexual assault and secondary victimization of female veterans: Help-seeking experiences with military and civilian social systems. *Psychology of Women Quarterly*, 29, 97–106.

Cook, J. M., Riggs, D. S., Thompson, R., Coyne, J. C., & Sheikh, J. I. (2004). Posttraumatic stress disorder and current relationship functioning among World War II ex-prisoners of war. *Journal of Family Psychology*, 18, 36–45.

Dekel, R. (2007). Posttraumatic distress and growth among wives of prisoners of war: The contribution of husbands' posttraumatic stress disorder and wives' own attachments. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77, 419–426.

Dekel, R., & Solomon, Z. (2006). Secondary traumatization among wives of Israeli POWs: The role of POWs' distress. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 27–33.

Dirkzwager, A. J. E., Bramsen, I., Adèr, H., & Van der Ploeg, H. M. (2005). Secondary traumatization in partners and parents of Dutch peacekeeping soldiers. *Journal of Family Psychology*, 19, 217–226.

Dollar, K. M., Lyons, J., Kibler, J. L., & Ma, M. (2007, March). Feasibility and efficacy of a home study workbook for caregivers of veterans with PTSD: A pilot intervention. Poster presented at the annual meeting of the Society of Behavioral medicine, Washington, D.C.

Engelhard, I. M., Van den Hout, M. A. M., Weerts, J., Arntz, A., Hox, J. J. C. M., & McNally, R. J. (2007). Deployment-related stress and trauma in Dutch soldiers returning from Iraq. *British Journal of Psychiatry*, 191, 140–145.

Evans, L., Mchugh, T., Hopwood, M., & Watt, C. (2003). Chronic posttraumatic stress disorder and family functioning of Vietnam veterans and their partners. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 765–772.

Figley, C. R. (2005). Strangers at home: Comment on Dirkzwager, Bramsen, Adèr, and Van der Ploeg. *Journal of Family Psychology*, 19, 227–229.

Galovski, T., & Lyons, J. A. (2004). Psychological sequelae of combat violence: A review of the impact of PTSD on the veteran's family and possible interventions. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 477–501.

Glynn, S. M., Eth, S., Randolph, E. T., Foy, D. W., Urbaitis, M., Boxer, L. et al. (1999). A test of behavioral family therapy to augment exposure for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 243–251.

Goff, B. S. N., Crow, J. R., Reisbig, A. M. J., & Hamilton, S. (2007). The impact of individual trauma symptoms of deployed soldiers on relationship satisfaction. *Journal of Family Psychology*, 21, 344–353.

Hoge, C. W., Auchterlonie, J. L., & Milliken, C. S. (2006). Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *Journal of the American Medical Association*, 295, 1023–1032.

Jakupcak, M., Conybeare, D., Phelps, L., Hunt, S., Holmes, H. A., Felker, B., Kleven, M., & McFall, M. E. (2007). Anger, hostility, and aggression among Iraq and Afghanistan war veterans reporting PTSD and subthreshold PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 945–954.

Lunney, C. A., & Schnurr, P. P. (2007). Domains of quality of life and symptoms in male veterans treated for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 955–964.

McCarroll, J. E., Ursano, R. J., Liu, X., Thayer, L. E., Newby, J. H., Norwood, A. E., & Fullerton, C. S. (2000). Deployment and the probability of spousal aggression by U. S. Army soldiers. *Military Medicine*, 165, 41–44.

Milliken, C. S., Auchterlonie, J. L., & Hoge, C. W. (2007). Longitudinal assessment of mental health problems among active and reserve component soldiers returning from the Iraq war. *Journal of the American Medical Association*, 298, 2141–2148.

Monson, C. M., Guthrie, K. A., & Stevens, S. P. (2003). Cognitive-behavioral couple's treatment for posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapist*, 26, 393–402.

Monson, C. M., Schnurr, P. P., Stevens, S. P., & Guthrie, K. A. (2004). Cognitive-behavioral couples treatment for posttraumatic stress disorder: Initial findings. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 341–344.

Newby, J. H., McCarroll, J. E., Ursano, R. J., Fan, Z., Shigemura, J., & Tucker-Harris, Y. (2005). Positive and negative consequences of a military deployment. *Military Medicine*, 170, 815–819.

Peebles-Kleiger, M. J., & Kleiger, J. H. (1994). Re-integration stress for Desert Storm families: wartime deployments and family trauma. Journal of Traumatic Stress, 7, 173–194.

Riggs, D. S. (2000). Marital and family therapy. In E. B. Foa, T. M. Keane, & M. J. Friedman (Eds.), Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies (pp. 280–301). New York: Guilford Press.

Riggs, D. S., Byrne, C. A., Weathers, F. W., & Litz, B. T. (1998). The quality of the intimate relationships of male Vietnam veterans: Problems associated with posttraumatic stress disorder. Journal of Traumatic Stress, 11, 87–101.

Riggs, D. S., Byrne, C. A., Weathers, F. W., & Litz, B. T. (1998). The quality of the intimate relationships of male Vietnam veterans: Problems associated with posttraumatic stress disorder. Journal of Traumatic Stress, 11, 87–101.

Ruger, W., Wilson, S. E., & Waddoups, S. L. (2002). Warfare and welfare: military service, combat, and marital dissolution. Armed Forces and Society, 29, 85–107.

Sareen, J., Cox, B. J., Afifi, T. O., Stein, M. B., Belik, S. L., Meadows, G., & Asmundson, G. J. (2007). Combat and peacekeeping operations in relation to prevalence of mental disorders and perceived need for mental health care: Findings from a large representative sample of military personnel. Archives of General Psychiatry, 64, 843–852.

Seal, K. H., Bertenthal, D., Miner, C. R., Sen, S., & Marmar, C. (2007). Bringing the war home: mental health disorders among 103,788 U.S. veterans returning from Iraq and Afghanistan seen at Department of veterans Affairs facilities. Archives of Internal Medicine, 167, 476–482.

Smith, T. C., Ryan, M. A. K., Wingard, D. L., Slymen, D. J., Sallis, J. F., Kritz-Silverstein, D. For the millennium Cohort Study team. (2008). New onset and persistent symptoms of post-traumatic stress disorder self reported after deployment and combat exposures: Prospective population based U.S. military cohort study. BMJ Online, January 15 (<http://www.bmj.com/cgi/content/full/bmj.39430.638241.Aev1>).

Suris, A., Lind, L., Kashner, T. M., Borman, P. D., & Petty, F. (2004). Sexual assault in women veterans: An examination of PTSD risk, health care utilization, and cost of care. Psychosomatic Medicine, 66, 749–756.

Tarrier, N., Sommerfeld, C., & Pilgrim, H. (1999). Relatives' expressed emotion (EE) and PTSD treatment outcome. Psychological Medicine, 29, 801–811.

Toomey, R., Kang, H. K., Karlinsky, J., Baker, D. G., Vasterling, J. J., Alpern, R., Reda, D. J., Henderson, W. G., Murphy, F. M., & Eisen, S. A. (2007).

Peebles-Kleiger, M. J., & Kleiger, J. H. (1994). Re-integration stress for Desert Storm families: wartime deployments and family trauma. Journal of Traumatic Stress, 7, 173–194.

Riggs, D. S. (2000). Marital and family therapy. In E. B. Foa, T. M. Keane, & M. J. Friedman (Eds.), Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies (pp. 280–301). New York: Guilford Press.

Riggs, D. S., Byrne, C. A., Weathers, F. W., & Litz, B. T. (1998). The quality of the intimate relationships of male Vietnam veterans: Problems associated with posttraumatic stress disorder. Journal of Traumatic Stress, 11, 87–101.

Riggs, D. S., Byrne, C. A., Weathers, F. W., & Litz, B. T. (1998). The quality of the intimate relationships of male Vietnam veterans: Problems associated with posttraumatic stress disorder. Journal of Traumatic Stress, 11, 87–101.

Ruger, W., Wilson, S. E., & Waddoups, S. L. (2002). Warfare and welfare: military service, combat, and marital dissolution. Armed Forces and Society, 29, 85–107.

Sareen, J., Cox, B. J., Afifi, T. O., Stein, M. B., Belik, S. L., Meadows, G., & Asmundson, G. J. (2007). Combat and peacekeeping operations in relation to prevalence of mental disorders and perceived need for mental health care: Findings from a large representative sample of military personnel. Archives of General Psychiatry, 64, 843–852.

Seal, K. H., Bertenthal, D., Miner, C. R., Sen, S., & Marmar, C. (2007). Bringing the war home: mental health disorders among 103,788 U.S. veterans returning from Iraq and Afghanistan seen at Department of veterans Affairs facilities. Archives of Internal Medicine, 167, 476–482.

Smith, T. C., Ryan, M. A. K., Wingard, D. L., Slymen, D. J., Sallis, J. F., Kritz-Silverstein, D. For the millennium Cohort Study team. (2008). New onset and persistent symptoms of post-traumatic stress disorder self reported after deployment and combat exposures: Prospective population based U.S. military cohort study. BMJ Online, January 15 (<http://www.bmj.com/cgi/content/full/bmj.39430.638241.Aev1>).

Suris, A., Lind, L., Kashner, T. M., Borman, P. D., & Petty, F. (2004). Sexual assault in women veterans: An examination of PTSD risk, health care utilization, and cost of care. Psychosomatic Medicine, 66, 749–756.

Tarrier, N., Sommerfeld, C., & Pilgrim, H. (1999). Relatives' expressed emotion (EE) and PTSD treatment outcome. Psychological Medicine, 29, 801–811.

Toomey, R., Kang, H. K., Karlinsky, J., Baker, D. G., Vasterling, J. J., Alpern, R., Reda, D. J., Henderson, W. G., Murphy, F. M., & Eisen, S. A. (2007).

Mental health of U.S. Gulf War veterans 10 years after the war. *British Journal of Psychiatry*, 190, 385–393.

Walsh, F. (2007). Traumatic loss and major disasters: Strengthening family and community resilience. *Family Process*, 46, 207–227.

Yaeger, D., Himmelfarb, N., Cammack, A., & Mintz, J. (2006). DSM-IV diagnosed posttraumatic stress disorder in women veterans with and without military sexual trauma. *Journal of General Internal Medicine*, 21(S3), S. 65–69.

Г л а в а 11

ВОЙНА И ДЕТИ: КАК ОНИ СПРАВЛЯЮТСЯ С УЧАСТИЕМ РОДИТЕЛЕЙ В РАЗВЕРТЫВАНИИ

Введение

В течении продолжающихся военных кампаний в Ираке и Афганистане американское общество столкнулось с огромными трудностями, связанными со значительными потребностями в ресурсах и военном персонале для выполнения миссии, которая по-прежнему находится в центре интенсивных политических дебатов. Во главе этих кампаний стоял американский военный персонал, которому уделялось значительное внимание в том, что касается расходов на ведение войны. Возможно, в ответ на недостатки, связанные с социальной поддержкой американских войск в корейской и вьетнамской войнах, оказывается, что гораздо больше внимания теперь уделяется здоровью и благополучию наших военных, сражающихся в этом глобальном конфликте. Это внимание действительно крайне необходимо и заслуженно, поскольку риск гибели и ранения весьма реален для примерно 1,5 миллиона американских военнослужащих, участвующих в развертываниях. Одна треть из них участвовали по меньшей мере в двух кампаниях, 70 000 были развернуты трижды, а 20 000 – по меньшей мере 5 раз. По состоянию на декабрь 2006 года только в ходе иракской войны боевых потери составили более 3000 американцев и более 18 000 погибло от несчастных случаев, аварий и катастроф. Психологическое воздействие факторов боевой обстановки уже давно является скрытой болезнью войны, но осознание опасности и беспокойство по поводу этой формы истощения растет.

Риски психической заболеваемости в нынешних кампаниях весьма реальны, и многие военнослужащие возвращаются из боя с серьезными проявлениями депрессии, генерализованной тревожности

или посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Однако следует отметить, что повышенное внимание, уделяемое ветеранам боевых действий, привело к значительному прогрессу в определении путей смягчения и решения их проблем. Беспрецедентным было освещение благосостояния семей военнослужащих, которые терпят тяготы войны. Со времени проведения операции «Буря в пустыне» (Operation Desert Storm, ODS) в начале 1990-х годов растет осознание того, что дети и семьи военнослужащих также заслуживают нашего внимания из-за специфических стрессов и проблем, которые они испытывают во время войны. Такое повышенное внимание к нуждам детей и семей военнослужащих отчасти объясняется изменением демографических характеристик вооруженных сил, а также тем, что, как представляется, является стратегическим воздействием семейного стресса на всех военнослужащих-добровольцев.

Начиная с 1990-х годов, военная демография отражала растущую ответственность военных за своих иждивенцев; например, в 2005 году насчитывалось 1 373 534 военнослужащих, состоящих на действительной службе, и 1 865 058 членов их семей. Почти 38% женщин и 44% мужчин, состоящих на действительной службе, имеют детей. Примерно 11% женщин в вооруженных силах являются матерями-одиночками по сравнению с 4% отцов-одиночек; среди военнослужащих растет число повторных браков (10% женщин и 2% мужчин). Озабоченность проблемами ухода за детьми особенно возросла в результате увеличения доли женщин в вооруженных силах, которые изо всех сил пытаются сбалансировать свою карьеру и материнство. В 2005 году женщины составляли 14,6% от общего числа состоящих на действительной службе по сравнению с 11,5% среди офицерского и 10,9% среди личного состава в 1990 году. С увеличением числа женщин, участвующих в боевых действиях, больше детей окажутся разлучены со своими матерями, и этот феномен до сих пор мало изучен. Примерно 700 000 детей в Америке сегодня имеют по крайней мере одного родителя, находящегося вдали от своей семьи на военной службе, поэтому нам, как обществу, следует научиться лучше помогать детям военных, когда они сталкиваются со стрессами войны.

В эпоху полностью добровольной армии сохранение личного состава имеет первостепенное значение, особенно в военное время, когда

возникает необходимость в многократных длительных командировках для несения боевой службы. Следует отметить, что в ходе метаанализа взаимосвязей между семейными факторами и удержанием военнослужащих на службе Этридж (1989) установил, что удовлетворенность военнослужащих положением своих семей является значимым предиктором нахождения их в рядах вооруженных сил. Все более очевидным становится тот факт, что стратегически необходимо поддерживать детей и семьи военнослужащих для сохранения способности вооруженных сил выполнять свои задачи по всему миру. Неудивительно, что американское военное ведомство оказывает медицинскую помощь почти 2 миллионам детей, управляет крупнейшей в стране системой ухода за детьми, обеспечиваемой наемными работниками, и спонсирует ряд программ поддержки семей. Однако в том, что касается понимания и удовлетворения специфических потребностей детей военнослужащих и их семей во время войны было достигнуто относительно мало. В этой главе дается обзор того, что в настоящее время известно о влиянии развертываний на детей военнослужащих и их семьи. Кроме того, предлагается модель профилактических и терапевтических усилий в качестве предварительного шага к достижению конечной цели – укреплению поведенческого здоровья детей военнослужащих, переживающих стрессы военного времени. До настоящего времени усилия по профилактике и лечению детей военнослужащих и их семей были весьма ограниченными, адаптированными к общим психолого-педагогическим мероприятиям или мероприятиям, нацеленным на повышении резилентности, не связанными с военным опытом и непроверенными с точки зрения их эффективности. Предлагаемая модель профилактики/вмешательства направлена на более тщательное рассмотрение ключевых аспектов опыта влияния развертывания на детей военнослужащих и их семьи.

Влияние развертывания на детей военнослужащих и их семьи

Сложность вопроса о влиянии развертывания на детей военнослужащих и их семьи невозможно переоценить. Всем определениям или моделям стресса присуще представление о том, что любые обстоятельства должны быть сопоставлены с доступными индивиду ресурсами и

уязвимостью индивида. В контексте развертывания его влияние, ресурсы и факторы уязвимости, которые вступают в игру, чрезвычайно разнообразны и аналогичны отпечаткам пальцев в том смысле, что невозможно найти двух одинаковых случаев, каким образом люди участвовали в развертывании. Характер развертывания может быть весьма разнообразным, включая такие потенциально важные переменные, как продолжительность, периодичность развертывания, время подготовки к развертыванию, участие в боевых действиях, риск ранения или смерти, вид и качество связи, доступной во время развертывания, предполагаемая цель развертывания и степень общественной поддержки миссии. На индивидуальном уровне ребенка различия, которые могут влиять на эффективность его совладания, включают:

- возраст,
- пол,
- темперамент,
- стиль и навыки совладания,
- интеллект,
- преморбидное психическое расстройство и
- предшествующий опыт наблюдения развертывания родителей.

На уровне семьи соответствующие различия включают в себя:

- наличие одного или двух родителей,
- пол, семейное положение родителя, участвующего в развертывании,

включая,

- количество и возраст братьев и сестер,
- характер отношений между родителями и детьми,
- преморбидное психическое расстройство у родителя,
- воинское звание родителя,
- социально-экономический статус и
- предшествующий опыт развертывания родителя.

Детское сообщество может различаться по наличию социальной поддержки (расширенная семья и друзья), доступу к информации и программам военного ведомства, степени понимания местными школами проблем семей военнослужащих, а также по оказанию ими конкретной помощи детям в период развертывания. Излишне говорить, что эмпирические исследования не смогли охватить все сложные переменные, которые можно и, возможно, следует рассматривать пытаясь

понять влияние развертывания на детей и семьи. Кроме того, из ограниченного числа имеющихся исследований, многие выводы основаны на субъективных свидетельствах, а не на количественных показателях результатов жизнедеятельности; поэтому представленные результаты дают лишь рудиментарную картину воздействия развертывания на детей военнотружущих и их семьи.

Воздействие на детей

Исследования связывают воздействие развертывания для детей с различными неблагоприятными исходами, включая повышенный уровень тревожности и депрессии, проблемы с дисциплиной или экстернализирующее поведение¹, а также повышенная раздражительность, гнев, срывы и требования внимания. Хотя многие исследования сообщают о распространенности стрессовых реакций у детей во время развертывания родителей, в среднем тяжесть симптомов была относительно легкой. Например, Розен и др. (1993) изучили 934 армейских супруга с 1798 детьми, чьи партнеры принадлежали к подразделениям, развернутым во время операции «Буря в пустыне» (ODS). Согласно сообщениям родителей, более половины их детей (в возрасте от 3 до 12 лет) испытывали печаль или проблемы с домашней дисциплиной. Тем не менее, лишь у немногих (6%) детей наблюдались достаточно серьезные симптомы, требующие лечения. Аналогичным образом, Йенсен и др. (1996) изучили 383 ребенка и остававшихся дома родителя, чьи партнеры приняли участие в ODS, и обнаружили, что, хотя интернализирующие² симптомы у детей отмечались чаще, их уровни в среднем не достигали расчетных клинических параметров. Наконец, Пизано (1992) изучил показатели 157 детей шестого класса по Калифорнийскому тесту достижений во время проведения ODS и отметил, что, хотя дочери развернутого персонала демонстрировали значительное снижение показателей понимания прочитанного, все остальные не

¹ Экстернализация – один из механизмов защиты, проявляющийся в стремлении человека воспринимать внутриспсихические процессы, силы и конфликты, как протекающие вне его и являющиеся внешними по отношению к нему.

² Интернализация – процесс освоения внешних структур, в результате которого они становятся внутренними регуляторами.

показали статистически значимых различий ни между полами, ни между подгруппами детей с родителями, участвующими или не участвующими в развертывании.

Следует отметить, что все три исследования, в которых сообщалось об относительно умеренных реакциях детей на развертывание, были проведены во время ODS, которая была относительно краткосрочной и сопровождалась меньшим числом жертв и смертей по сравнению с нынешними кампаниями в Афганистане и Ираке. Общие результаты исследований стресса указывают на фундаментальную важность распознавания зависимости «доза-эффект», как и специфической формы стресса для прогнозирования воздействия любого конкретного стрессора на детей. Таким образом, даже в случае боевого развертывания не все развертывания, скорее всего, окажут одинаковое воздействие на детей. Исследования показали, например, что продолжительность развертывания является важным фактором в прогнозировании стрессовых реакций, причем более длительные развертывания оказывают более неблагоприятное воздействие на детей. Большое беспокойство у детей вызывает возможность получения травмы или смерти одного из родителей, и представляется вероятным, что если травма или смерть действительно наступят, то психологическое воздействие будет весьма негативным. Удивительно, но вопрос о влиянии смерти или увечья родителей на детей военнослужащих широко не рассматривался. Тем не менее, исследования постоянно выявляют, что после смерти родителей выжившие дети подвергаются более высокому риску развития плохого поведенческого здоровья. Учитывая высокую психологическую цену боевых травм у военнослужащих, представляется, что развертывание, приводящее к боевым травмам, может иметь более неблагоприятные последствия для детей, чем развертывание, в котором травмирования родителей не происходит.

Воздействие на семьи

То, в какой степени развертывание повлияет на остающихся дома родителей и общее функционирование семьи, безусловно, окажет глубокое воздействие на благополучие детей. В исследованиях, посвященных ODS, последовательно отмечалась тесная связь родительского

и детского дистресса. В исследованиях, изучающих влияние развертывания на остающихся дома супругов, почти универсальной считается эмоция одиночества, которую некоторые описывают как хорошо управляемую стрессовую реакцию. Участие в развертывании одного из супругов было связано со значительным увеличением депрессии, тревоги, гнева и раздражительности, нарушением сна, а также физическими симптомами или жалобами на здоровье [супруга, оставшегося дома]. Оставшиеся дома родители сообщали о проблемах с эмоциональной отстраненностью, значительном увеличении родительского стресса и нарушениях родительских правил и ожиданий по отношению к детям. Женщины, остающиеся дома, также сообщают о повышенной тревожности, эмоциональной отстраненности и нарушениях правил воспитания и ожиданий от детей в период развертывания.

Два аспекта влияния развертывания на семьи, вызывающие особую озабоченность, связаны с увеличением числа случаев плохого обращения с детьми и насилием по отношению к интимным партнерам. Гиббс, Мартин, Купер и Джонсон (2007) исследовали выборку из 1771 семьи военнослужащих сухопутных войск США, которые были развернуты в боевых условиях в период с 2001 по 2004 год, и сообщили, что уровень плохого обращения с детьми в семьях во время развертывания повысился на 42%. Это было связано в первую очередь с пренебрежением детьми со стороны гражданских матерей, которое возросло втрое во время участия в развертывании отца. Общий уровень физического насилия во время развертывания фактически был ниже, но отдельные случаи физического насилия описывались как более тяжелые. Развертывание войск не затронуло масштабы сексуального насилия. Рентц и др. (2007) сообщили в серии анализа временных рядов уровня плохого обращения с детьми в Техасе, что увеличение числа случаев плохого обращения в семьях военнослужащих (хотя и ниже, чем в семьях гражданских лиц) во время проведения ODS было связано как с отъездом родителей для участия в развертывании, так по возвращении из него.

Что касается насилия по отношению к интимным партнерам, то эти данные были противоречивы. Хотя супружеское насилие в семьях военнослужащих, как сообщается, сопоставимо с насилием в семьях гражданского населения, результаты, касающиеся такого насилия после развертывания в боевых условиях, были различными, и в некото-

рых исследованиях сообщалось о незначительном росте супружеского насилия; другие исследователи не поддерживали этот вывод. Энгрист и Джонсон (2000) сообщили, что участие в развертывании женщин-солдат связано с повышением вероятности развода, но участие в развертывании мужчин не оказывает аналогичного эффекта. Напротив, в опросе 2004 года, организованном Фондом семьи Кайзера, 58% супругов военнослужащих сухопутных войск посчитали, что развертывание укрепило их браки, в то время как 31% полагали, что это не имело никакого эффекта, и только 10% считали, что участие в развертывании ослабило их браки (Caliber Associates, 2007b).

Дети и семьи из группы риска

Исследования по изучению влияния развертывания на детей и семьи весьма ограничены. Тем не менее некоторые исследователи отмечают, что мальчики, как правило, испытывают больше неблагоприятных реакций, чем девочки. Эта относительная уязвимость мальчиков может быть связана с тем фактом, что отцы неизмеримо чаще участвуют в развертывании, и, как было отмечено в исследовании разводов, отсутствие отцов, по-видимому, оказывает более пагубное воздействие на мальчиков. Дети младшего возраста (особенно в возрасте до 6 лет) и молодые семьи также, по-видимому, тяжелее страдают от развертывания. В литературе по детскому совладанию говорится, что маленькие дети имеют меньше доступных стратегий совладания, менее гибки и адаптивны в борьбе со стрессом и более склонны использовать избегающие, а не активные подходы к совладанию. Все эти факторы способствуют тому, что дети испытывают больше симптомов стресса во время участия родителей в развертывании. Молодые семьи военнослужащих имеют меньше ресурсов (например, экономических, психологических, социальных), меньше знаний и опыта, меньше привязаны к своим воинским частям и более склонны удаляться от военных объектов [и, следовательно, от военных ресурсов] во время развертывания.

Фундаментальный принцип поведенческого здоровья заключается в том, что преморбидное функционирование является хорошим предиктором реакций на стрессы; поэтому неудивительно, что дети и их семьи, испытывающие трудности до развертывания (например,

нестабильное настроение или поведение, проблемы развития или обучения, супружеские или семейные конфликты, перепады настроения у родителей), более уязвимы к неблагоприятным последствиям развертывания. Семьи, где оба родителя военнослужащие, или военные – родители-одиночки, часто испытывают больший стресс, чем семьи, где только один из родителей является военнослужащим, из-за осложнений, связанных с организацией и обеспечением ухода за детьми во время развертывания. Следовательно, родители и дети в этих семьях, как правило, испытывают более неблагоприятные последствия развертывания. Наконец, женщины в вооруженных силах, по-видимому, подвергаются большему риску возникновения неблагоприятных реакций на развертывание в боевых условиях, чем мужчины; таким образом, представляется вероятным, что семьи женщин-военнослужащих также подвергаются большему риску неблагоприятных исходов в случае участия их в развертывании. Эта озабоченность усиливается тем фактом, что женщины в вооруженных силах также чаще являются родителями-одиночками или находятся замужем за другим военнослужащим и поэтому сталкиваются с возможностью участия в развертывании обоих супругов. На самом деле женщины-военнослужащие с детьми чаще, чем одинокие женщины и их коллеги-мужчины, сообщают о существенном ухудшении здоровья и благополучия после развертывания, а их дети сообщают о большем эмоциональном расстройстве во время отсутствия матери.

Модель профилактики/лечения

Предлагаемые меры по уменьшению неблагоприятных последствий службы родителей для детей и членов семьи основаны на ключевых опытных концепциях восприятия развертывания с точки зрения детей и родителей. Опираясь на описательные и обзорные данные за последние 15-20 лет о семьях, переживших развертывание, в этом разделе рассматриваются ключевые концептуализации того, что влечет за собой развертывание в военное время, и меры вмешательства, связанные с соответствующей теорией и данными, касающимися совладания детей и членов семьи.

Главной особенностью развертывания является разделение военнослужащего и его семьи. Это разделение в разной степени приводит к потере дружеских отношений (образующихся, например, в совместном времяпрепровождении на работе или в игре), привязанности и близости, а также эмоциональной и инструментальной поддержки (например, возможности обмениваться эмпатическим пониманием и советами, помогать с домашним заданием, транспортом, развлечениями). Для оставшегося дома родителя разлука связана с временной потерей супруга, который помогал вести домашнее хозяйство, заботиться о детях и решать семейные проблемы. Уникальный родительский вклад в воспитание ребенка на период развертывания до некоторой степени утрачивается. Хотя исследования показывают, что отцы и матери в равной степени способны быть компетентными и заботливыми воспитателями, они отличаются по количеству времени, уделяемому детям, и по характеру взаимодействия со своими детьми; например, отцы, как правило, больше сосредотачиваются на решении проблем и взаимодействии инструментального плана, в то время как матери, как правило, больше сосредотачиваются на отношениях и эмоциональной поддержке общения. Таким образом, матери и отцы вносят уникальный вклад в воспитание, приносящий пользу их детям, и утрата их вклада может стать препятствием для психологического и социального развития детей. Чувство разлуки, которое испытывают дети, может усугубляться тревогой и депрессией, которые испытывают остающиеся дома родители, что делает их менее эмоционально вовлеченными в воспитание своих детей. Точно так же в исследованиях отмечалось, что некоторые дети, [чьи родители участвовали в развертывании], испытывали социальную и эмоциональную отстраненность, поэтому они также могут стать менее психологически доступными для оставшихся дома родителей. Некоторые семьи после отъезда родителя для участия в развертывании предпочитают менять место жительства, чтобы быть ближе к собственным родителям и получать поддержку от их семей. Хотя этот шаг в некоторых отношениях может смягчить разлуку, он также может усугубить трудности вследствие лишения доступа к ценным военным ресурсам и расставания с знакомым домом, с соседями

и школами. Для некоторых семей развертывание может привести к потере дохода и другой экономической поддержки. В частности, среди младших по званию военнослужащих нет ничего необычного в том, что родители идут на вторую работу, чтобы пополнить семейный бюджет или разделить обязанности по уходу за детьми, чтобы оба родителя могли быть трудоустроены. Однако развертывание может лишить их этих финансовых возможностей/поддержки.

Терапевтическая реакция на потери. Для руководства выработкой терапевтических откликов на участие родителей в развертывании считается актуальной литература, описывающая реакции на смерть родителя; она будет использоваться для разработки стратегий лечения (хотя потери, возникающие в результате развертывания, как правило, носят временный характер и поэтому существенно отличаются от переживания тяжелой утраты). Исходя из исследований и руководящих принципов, касающихся тяжелой утраты, следующие стратегии представляются релевантными для терапии потерь, связанных с развертыванием:

1. Поощрение открытого и честного общения имеет важное значение для реагирования на переживание потерь. Дети, скорее всего, извлекают пользу из обсуждений по поводу переживания утраты, которые приводят в движение копинг-ресурсы ребенка и семьи. Кроме того, открытое и честное обсуждение потерь, связанных с развертыванием, дает детям возможность выразить чувства тревоги или страха и печали по поводу разлуки, помогает укрепить убеждение детей в том, что их чувства понятны опекунам и уменьшить их потребность подавлять проявления негативных чувств, связанных со скорбью. Кроме того, типичные скорбные реакции могут быть нормализованы, а проблемные мысли и чувства по поводу разлуки могут быть идентифицированы и устранены; например, из-за освещения войны в средствах массовой информации нередко у детей и их семей возникают искаженные представления о риске гибели родителей в ходе боевых действий. Однако в ходе нынешних кампаний в Афганистане и Ираке число жертв среди американских военнослужащих составляло менее 1%; таким образом, страхи по поводу смерти родителей могут быть смягчены обсуждениями и заверениями в том, что с ними обсуждались реальные [а не о воображаемые] опасности, [угрожающие их родителям].

2. Усилия, направленные на минимизацию потерь, могут стать особенно необходимыми, когда речь идет о тяжелой утрате. Для ребенка, пережившего тяжелую утрату, усилия по минимизации потерь могут повлечь за собой поощрение к поддержанию отношений с умершим родителем посредством картинок, историй и стремления сохранить наиболее благоприятные черты погибшего. Кроме того, ребенку могут быть предоставлены суррогаты родительской опеки, чтобы компенсировать потерю материальной и эмоциональной поддержки умершего родителя. В контексте развертывания потери могут быть уменьшены путем поддержания эффективной коммуникации с родителями, участвующими в развертывании, и их обучения тому, как поддерживать эффективную инструментальную и эмоциональную поддержку своих детей во время их физического отсутствия (например, расспрашивая детей об успехах и неудачах и помогая советом по жизненным проблемам, помогая с выполнением долгосрочных школьных заданий, читая короткие книги или рассказывая истории маленьким детям по телефону или видеосвязи). В современной войне семьи имеют практически непосредственную связь с близкими людьми, которые дислоцируются даже в районах боевых действий, и этот расширенный доступ может значительно облегчить усилия по поддержанию отношений между ребенком и родителями, участвующими в развертывании. Дети также могут воспользоваться заменителями родительской заботы, предоставляемыми оставшимися дома членами семьи, друзьями по общине, членами церкви и учителями или тренерами, которые могут поддержать детей, удовлетворяя их важные эмоциональные и инструментальные потребности.

3. Эмпирически было доказано, что облегчение установления эффективных воспитательных отношений между членами семьи и детьми погибшего военнослужащего с семьями и детьми выживших на войне способствует совладанию ребенка с тяжелой утратой. Снова и снова исследования подчеркивают тот факт, что если у ребенка есть хотя бы один теплый, любящий родитель или заменяющий его опекун (бабушка, дедушка, приемный родитель), который также способен устанавливать твердые пределы и разумные ограничения, то этот ребенок способен переносить невероятные трудности. Для семей, имеющих дело с участием родителей в развертывании, важно, чтобы остающиеся дома

родители получали поддержку, справляясь со своими собственными стрессами от разлуки и чувства одиночества и депрессии, чтобы они могли лучше функционировать и быть более позитивными и доступными для своих детей в их усилиях по преодолению трудностей. Прямое внимание к оказанию инструментальной поддержки в поддержании домашнего хозяйства также уменьшило бы общее ощущение потерь в период разворачивания. Как и в случае семей, переживших тяжелую утрату, психолого-педагогические материалы и занятия, содержащие руководящие принципы и инструкции по эффективному воспитанию (например, выделение достаточного времени, использование эмпатических коммуникаций, использование позитивного внимания и похвалы, навыки авторитетной дисциплины), могут способствовать развитию прочных отношений между родителями и детьми, которые могут помочь семье справиться с временной недоступностью родителя, участвующего в разворачивании.

4. Навыки совладания как родителя, так и ребенка показали себя многообещающим средством, помогающим семьям справиться со смертью родителя. Необходимо подчеркнуть важность умения оставшихся дома родителей выражать положительные эмоции (например, любовь и признательность) и подчинять отрицательные эмоции (например, беспокойство и печаль) при ограничении отрицательных доминирующих эмоций, чтобы помочь своим детям справиться с чувствами гнева и враждебности. Кроме того, оставшемуся родителю может потребоваться помощь, чтобы выявить, инициировать и обеспечивать социальную поддержку, которая могла бы помочь семье в эмоциональных и инструментальных задачах решения проблемы разворачивания. Детей, ощущающих потерю родителя, важно научить навыкам совладания, которые могут помочь им справиться с тревожными негативными чувствами (например, печаль, страх, гнев) – [сюда относится] поиск поддержки, самоуспокоение, когнитивная переработка (т. е. выработка более позитивных мыслей о потенциально негативном событии) и отвлечение внимания (т. е. действия, которые отвлекли бы внимание от негативного момента). Как и в случае с детьми, пережившими тяжелую утрату, было бы полезно проинструктировать детей, как поддерживать отношения с родителем, участвующим в разворачивании (например, вести семейный фотоальбом или альбом для вырезок, вставлять сообще-

ния в электронную почту, отправляемую оставшимся родителем, отправлять письма и посылки, готовиться к телефонной или видеосвязи с родителем).

5. Помощь в осмыслении может играть важную роль для детей, пытающихся осознать потерю родителя. То, как семья осмысливает любой кризис, например, потерю члена семьи, и наделяет его смыслом, является важным компонентом резилентности семьи. Для детей, имеющих дело с потерей родителя, развернутого в боевых условиях, понимание того, что такое развертывание, имеет важное значение для успешности их усилий по преодолению трудностей. Если ребенок считает, что участие в развертывании каким-либо образом является родительской ошибкой, если оно воспринимается связанным с проблемами в супружеских отношениях родителей или представляет собой в глазах ребенка малоценную миссию, то разлука, скорее всего, окажет большее негативное воздействие на ребенка. И наоборот, если ребенок и семья понимают, что развертывание – это понятная и контролируемая часть военной жизни, а миссия – это ее важная часть, то напряжение, связанное с разлукой, значительно уменьшается. На самом деле исследования показали, что семьи лучше справляются с развертыванием, если они понимают цель миссии и считают, что жертвы, которые они приносят, стоят того; поэтому родителей следует поощрять, чтобы они передавали детям ощущение ценности миссии, а также общие убеждения в том, что стрессы, с которыми сталкивается семья, понятны и контролируемы. Кроме того, необходимо дать общее представление о том, где будет находиться участвующий в развертывании родитель, что он будет делать и почему это важно.

Неопределенность

Чувство неопределенности присутствует на всех этапах развертывания в районах боевых действий. Когда объявляется о развертывании, возникает неопределенность в отношении места, характера и предполагаемой даты начала миссии. Закономерный итог опросов заключается в том, что члены семьи хотят знать точную дату отъезда, чтобы они могли планировать свою жизнь, однако ложные тревоги, связанные с переносом даты, – довольно распространенное явление. О предстоя-

щем участия родителя в развертывании семья может узнать слишком поздно, а продолжительность развертывания может значительно превысить первоначально запланированную, если того потребует военная обстановка. Во время развертывания место проведения операции и уровень существующей опасности, возможно, придется держать в секрете; таким образом, семья может знать, что существуют некоторые риски в отношении операций в зоне боевых действий, но не знать, когда они возникают, как действуют и насколько они значительны. Семья также испытывает финансовые трудности в связи с налогами, тратами на поездки, сокращением дохода, дополнительными расходами на уход за детьми и высокими расходами на поддержание связи с военнослужащим, участвующим в развертывании.

Хьюбнер, Манчини, Уилкокс и Грасс (2007) отмечали, что во время войны возникает *неопределенность потери* оттого, что родитель физически не присутствует дома и жив в данный момент, но сталкивается с возможностью смерти. Во время развертывания доступность связи с членами семьи может быть весьма нестабильной, поскольку планы сеансов телефонной связи или видеосвязи вынуждены применяться к условиям боевой обстановки. Семья в отсутствие военнослужащего вынуждена вносить [в свою жизнь] многочисленные коррективы, осваивать новые роли и обязанности, и непонятно насколько эти роли и обязанности изменятся, когда родитель вернется домой. Семьи военных желают большей предсказуемости относительно дат возвращения, но быстро меняющиеся условия военной обстановки делают исполнение этого желания маловероятным; изменения в датах возвращения наносят ущерб планам воссоединения семей и вызывают большое разочарование и эмоциональные потрясения. В свете потенциальных физических и эмоциональных издержек боя, кто именно будет возвращаться домой, может вызвать беспокойство (например, «останется ли мой отец прежним, когда он вернется домой?»). Стрессы неопределенности часто подпитываются слухами, распространяющимися до и во время развертывания, которые, как правило, усугубляют возникшее беспокойство. В целом, неопределенность создает условия для возникновения в семьях военнослужащих страха и тревоги, и их усилия по планированию и преодолению стрессов, связанных с развертыванием, значительно осложняются. Чувство неопределенности, очевидно,

усиливается для молодых и неопытных семей, которые не знают, чего ожидать, и не имеют опыта преодоления многочисленных стрессов, связанных с развертыванием.

Терапевтический отклик на неопределенность. Неопределенность является фундаментальной темой в опыте лечения детского рака из-за негарантированности результата лечения, постоянного риска позднейшего рецидива и развития раковых заболеваний, а также непредсказуемости других побочных эффектов лечебных схем. И, подобно случаю детского рака, неопределенность исхода развертывания затрагивает всю семью; поэтому, на основе анализа литературы по детскому раку, для устранения неопределенностей, связанных с развертыванием, кажутся уместными следующие терапевтические стратегии.

Информирование. Предоставление информации может иметь неопределимое значение для уменьшения чувства неуверенности ребенка в стрессовых ситуациях. В исследованиях по детскому раку дети, получившие открытую информацию от своих родителей на начальном этапе диагностики, были значительно менее тревожны и подавлены и имели более высокую самооценку, чем дети, получившие информацию на более позднем этапе. Кроме того, ожидается, что семьи военнослужащих будут лучше справляться со стрессами, связанными с развертыванием, если им будет предоставлена точная и своевременная информация. Что касается типа необходимой информации, то Маккормик (2002) описал три характеристики, которые являются центральными для концепции неопределенности: (1) *вероятность* того, что что-то произойдет; (2) *темпоральность*, т.е. неизвестность, когда что-то произойдет; и (3) *восприимчивость*, т.е. отсутствие системы отсчета, основанной на прошлом опыте, которая помогает руководить индивидом в преодолении текущего стресса.

В контексте развертываний дети, возможно, извлекут пользу из информации, относящейся к каждой из этих характеристик неопределенности. Вероятность неблагоприятных событий, таких как травма или смерть одного из родителей, часто значительно ниже того, чего они опасаются, предоставление этой информации может успокоить страхи детей. Точно рассчитать сроки возвращения родителя домой, может быть трудно, но с нетерпением легче справиться, если дети хотя бы приблизительно представляют, когда родитель должен вернуться.

Наконец, хотя обстоятельства развертывания могут показаться детям совершенно новыми, родители могут помочь им осознать, что на самом деле в прошлом семья уже пережила опыт, который может помочь найти способы справиться с настоящим. Из литературы по детской онкологии следует, что информация должна предоставляться лучше раньше, чем позже, ориентироваться на уровень понимания ребенка и повторяться. По этому последнему пункту родителям необходимо будет помнить, что обновление и повторение информации будет необходимо, чтобы успокоить страхи и тревоги детей на различных этапах развертывания. Чтобы устранить возможные искажения имеющейся информации, родители должны периодически спрашивать о том, что ребенок чувствует, думает и во что верит относительно семейного опыта развертывания. Наконец, способ предоставления информации должен выражать чувство спокойствия и уверенности родителей в том, что ребенок и его семья смогут справиться со стоящими перед ними проблемами.

Уверенность в настоящем. Сосредоточение внимания на определенных событиях в настоящем, по-видимому, является распространенной и успешной реакцией совладания для детей больных раком. Неизбежность «вводных» не будет способствовать разрешению или хотя бы смягчению многих неопределенностей при развертывании войск в военное время. Однако, как и дети, страдающие от рака, дети военнослужащих и их семьи смогут лучше переносить эту неопределенность, сосредоточившись на том, что не вызывает сомнений. Например, отвечая на неуместный вопрос о сроках воссоединения семьи после развертывания, оставшийся дома родитель может сказать: «Мы не знаем точно, когда папа вернется домой, но мы знаем, что завтра мы начнем планировать замечательную вечеринку, которую мы устроим в честь его возвращения».

Принятие неопределенности. Принятие неопределенности может показаться противоречивой реакцией на уменьшение страхов и тревог, но, как указал Пэрри (2003), некоторые семьи, которые сталкиваются с трудностями детского рака и переживают их, испытывают психологический и духовный рост. Точно так же в условиях стресса, связанного с развертыванием, дети и их семьи, несомненно, будут испытывать острую тревогу из-за неопределенности, однако та же самая неопре-

деленность может стать для детей и членов семей возможностью пересмотреть свои ценности и приоритеты, научиться идти на риск ради личностного роста и стать более благодарными за то, что у них есть, поскольку они более полно осознают неопределенную и хрупкую природу жизни. Таким образом, откровенные и открытые разговоры о неопределенных результатах развертывания могут стать возможностью внушить детям чувство того, что действительно важно и достойно принятия в такие определяющие моменты жизни.

Неуправляемость

В литературе по совладанию и резилентности подчеркивается, что важным аспектом любой стрессовой ситуации является степень уверенности индивидов в том, что они могут своими собственными усилиями позитивно повлиять на ситуацию. Вера в управляемость событий приводила к более активным копинг-реакциям и более позитивным результатам у детей, сталкивающихся со стрессом. Однако многие проблемы, с которыми сталкиваются дети военнослужащих и их семьи во время развертывания войск в военное время, находятся вне их прямого контроля. Очевидно, что дети не имеют никакого контроля над характером и сроками развертывания, не могут защитить своего родителя от травм, слабо контролируют частоту связи с родителем и не определяют продолжительность развертывания. Перечень неконтролируемых особенностей развертывания весьма обширен, и непредсказуемость его событий может усугубить страдания, испытываемые детьми.

Терапевтический отклик на неуправляемость. Исследования в области совладания и резилентности у детей дают общие рекомендации по преодолению стрессов, воспринимаемых как неконтролируемые, и две стратегии, по-видимому, особенно актуальны для семей военнослужащих:

1. Реакции совладания, отражающие принятие [факта воздействия стрессора], а не отъединение от него, как представляется, в целом более эффективны для детей в преодолении всех стрессов, включая те, которые воспринимаются как неконтролируемые. В частности, сообщалось, что в целом эффективны стратегии совладания, включающие решение проблем, когнитивную перестройку и позитивную переоцен-

ку стрессора. Эти стратегии совладания предполагают тщательный анализ стрессовой ситуации, избирательное внимание к позитивным аспектам ситуации и выработку позитивных и обнадеживающих мыслей. Компас и др. (2002) противопоставляют эти копинг-реакции более пассивным и отстраненным копинг-стратегиям, которые включают избегание, социальную отстраненность, смиренное принятие, эмоциональную отдушину, принятие желаемого за действительное и самообвинение. Даже если стрессы воспринимаются как неконтролируемые, копинг-реакции, [включающие принятие факта воздействия стрессора], могут помочь детям более адаптивно реагировать на свои негативные мысли и чувства по поводу ситуации или самого себя; поэтому в семьях военнослужащих, имеющих дело со многими неконтролируемыми событиями развертывания, родители должны моделировать и поощрять своих детей использовать стратегии совладания, которые активно вовлекают их в осознание [природы стресса] и их реакций на стресс.

2. Сосредоточение внимания на том, что поддается контролю, по-видимому, является важным преимуществом вовлекающих стратегий совладания. В метаанализе детей, справляющихся с межличностным стрессом, Кларк (2006) заметил, что молодые люди, которые пытаются активно управлять неконтролируемыми стрессорами в межличностных отношениях, такие как конфликт между родителями или болезнь, с большей вероятностью демонстрируют более низкую социальную компетентность и испытывают большие поведенческие проблемы. Этот вывод говорит о том, что детям необходимо различать стрессовые ситуации, которые поддаются их прямому влиянию, и те, которые не поддаются, и соответственно им необходимо корректировать направленность своих усилий по преодолению трудностей на основе точной интерпретации управляемости. Этот квалифицирующий принцип не диктует, что ребенок должен стать пассивным или отстраненным, когда ситуация не поддается контролю, но скорее фокус совладания должен переместиться с изменения ситуации на совладание с ситуацией, которая не может быть изменена. В контексте стрессов развертывания родители должны научить детей оценивать ситуацию с точки зрения ее контролируемости в дополнение к обучению их конкретным вовлекающим копинг-реакциям.

Этот обзор был бы неполным без признания сильных сторон семей военнослужащих. В отличие от популярных фильмов и книг, которые в целом описывают переживания детей в семьях военнослужащих негативно, исследования не смогли подтвердить такие выводы. На самом деле, сильные стороны семей военнослужащих должны признаваться и укрепляться. Семьи военнослужащих часто имеют сильное чувство общности, и большинство из них пользуются ценной поддержкой и услугами общины, поскольку они живут среди людей, которые разделяют их приверженность миссии, сталкиваются с общими жизненными проблемами и имеют доступ ко многим формальным и неформальным службам поддержки семьи, связанным с вооруженными силами США. Поведенческие ожидания в рамках военной культуры включают требования к военнослужащим и членам их семей соблюдать порядок и вежливость. Хотя иногда эти ожидания могут восприниматься [несколько] навязчивыми, противоречащим независимости семейной жизни, они также поощряют поддерживать определенную степень порядка и дисциплины, которые могут принести пользу семье. Кроме того, начиная с ODS, инновации и улучшения в рамках партнерства в общине обеспечили различные дополнительные средства социальной поддержки семей военнослужащих, например, клубы мальчиков и девочек Америки (Boys and Girls Clubs of America, YMCA). В целом, это чувство общности, приверженность миссии, культура порядка и дисциплины, а также наличие систем социальной поддержки были весьма полезны для оказания помощи семьям военнослужащих в решении проблем во время развертывания.

Министерство обороны США располагает одной из крупнейших систем здравоохранения в мире, комплексные медицинские услуги, доступные членам семей военнослужащих, включают услуги в области психического здоровья. По крайней мере один родитель в семьях военнослужащих должен иметь полную занятость, и военная служба обеспечивает гарантию занятости родителей наряду с медицинскими льготами и общественными ресурсами. По этим причинам военные многими считаются благоприятной для семьи средой, поскольку они обеспечивают финансовую стабильность, преимущества для со-

хранения здоровья и социальную поддержку, которые способствуют стабильности отношений. Благодаря значительным техническим достижениям в последние годы значительно улучшились возможности связи, и опросы показали, что большинство супругов-военнослужащих умудряются получать необходимую им связь с домом независимо от статуса развертывания. Наконец, следует подчеркнуть, что, хотя развертывание может быть довольно напряженным, многие семьи сообщают, что в результате они смогли развить у себя новые навыки и компетенции, а также чувство независимости и самостоятельности.

Терапевтический отклик на стойкость и резилентность. Политикам и клиницистам следует признать, что, сталкиваясь с проблемами развертывания войск в военное время, семьи военнослужащих могут использовать важные сильные стороны, которые следует выявлять и развивать. Исследование детской резилентности предлагает учитывать следующие дополнительные акценты в отношении укрепления сильных сторон детей во время участия в развертывании родителя:

1. Детям и их семьям, которые способны определить свои сильные стороны, рекомендуется верить в то, что они способны решать проблемы, связанные с развертыванием и в стрессовой ситуации поддерживать у себя чувство надежды на позитивные результаты. Проактивная ориентация предполагает проявление инициативы в жизни и веру в собственные возможности, она была определена в литературе как основная характеристика, определяющая резилентность. Являясь расширением вовлекающих копинг-реакций, описанных выше, проактивная ориентация побуждает людей предвидеть проблемы и позитивно участвовать в их решении или применять другие активные копинг-стратегии до того, как возникнут проблемы. Многие стрессы, связанные с развертыванием войск в военное время, можно предвидеть, и детей и семьи военнослужащих следует поощрять к проявлению инициативы по подготовке к ним, тем самым укрепляя чувство самоэффективности и повышая шансы на успешное преодоление возникающих стрессов.

2. Обучение саморегуляции, определяемое как обучение сохранению контроля над вниманием, эмоциями и поведением, может быть полезным, чтобы помочь детям научиться справляться со стрессом. В рамках более широкого спектра позитивных навыков совладания, описанных выше, саморегуляция подчеркивает перспективу того, что

детей можно и нужно научить чувствовать, что их внимание, эмоции и поведение находятся в их полной собственности и [зависят от них]. Соответствующие навыки саморегуляции и методы их формирования находятся в центре внимания многих развивающих методов терапии, предназначенных для детей и взрослых, и поэтому выходят за рамки настоящего обзора. Акцент здесь делается на том, что родители и лица, осуществляющие уход за детьми, должны признать ценность поощрения детей к осознанию своей реакции на стресс и к убеждению их в том, что они могут и должны нести ответственность за изучение способов преодоления стресса.

Случай из жизни

Джереми – 8-летний мальчик, чей отец-унтер-офицер американской армии. Военная специальность отца – разведка, и он уже несколько раз уезжал в командировки, но ни разу в зону боевых действий. Сейчас, готовясь к отправке отца в Афганистан, Джереми попадает в амбулаторную психиатрическую клинику с тяжелыми симптомами страха и тревоги. В частности, семья сообщила, что Джереми с трудом ложится спать самостоятельно, жалуется на ночные кошмары и часто отказывается идти в школу. Родители Джереми также сообщили, что его учителя указали, что в последние несколько недель он был невнимателен, часто не доделывал свои школьные задания и проявлял слезливость. Джереми живет с отцом, матерью и 5-летней сестрой. Родители сообщили, что у Джереми в анамнезе были симптомы синдрома дефицита внимания и гиперактивности, которые достаточно хорошо контролировались с помощью стимулирующих препаратов. В прошлом Джереми проявлял слабые симптомы тревоги, обычно связанные с разлукой с родителями или застенчивостью и беспокойством о том, что другие дети не любят его, но эти тревоги были недолговечны. Родители сообщили, что они сказали Джереми, что отец собирается уехать на развертывание, но они не хотели много рассказывать ему о деталях предстоящей службы отца, потому что он не очень хорошо справлялся с переживаниями по поводу предыдущих развертываний, и они боялись, что его симптомы станут еще более неуправляемыми, если он узнает, что отец собирается в район боевых действий. В про-

шлые годы Джереми был очень одинок в отсутствие отца, ему приходилось спать с матерью из-за ночных страхов; он противоречил матери и конфликтовал с сестрой. За 5 недель до предполагаемой даты отъезда родители решили, что они должны сказать Джереми, что его отец собирается в Афганистан, потому что было очевидно, что он готовился к своему участию в развертывании. В разговоре Джереми признался, что боится, что его отца убьют, потому что он видел, как в телевизионных новостях показывали взрывы бомб, которые убили много людей. Он также рассказал, что ему не нравилось, когда отец уходил из дома, потому что ему было грустно и не с кем было играть после школы. Он также жаловался на то, что его сестра слишком мала, и, в отличие от отца, мать всегда принимала сторону его сестры.

*Терапевтические отклики на основные стрессы,
связанные с развертыванием*

Случай Джереми иллюстрирует многие из ключевых проблем, которые беспокоят детей во время участия родителей в развертывании; ниже перечислены эти проблемы вместе с планом их лечения:

1. *Потеря.* Джереми переживал предстоящую разлуку с отцом, поскольку это было связано с его отношениями с отцом (например, как с кем-то, с кем он играл после школы) и его смутным пониманием того, что без отца мать не справлялась с детьми так же, как вместе с ним. Семья собиралась стать более откровенной в отношении предстоящего отъезда отца Джереми, чтобы начать делиться своими чувствами по поводу предстоящих стрессов. Соглашаясь с ними, можно было надеяться, что Джереми сможет лучше выразить свои собственные чувства и получить необходимую ему помощь и поддержку. Джереми и его семья до отъезда отца должны были обсудить конкретный план общения, чтобы Джереми полностью осознал, что он все еще будет связан с отцом. Матери было предложено, когда начнется сезон, записать Джереми на футбол, а тем временем она должна была определить, с кем из сверстников он мог бы начать планировать дни, в которые они будут играть. Мать также согласилась принять участие в консультациях, чтобы лучше подготовиться к решению родительских проблем, которые могут возникнуть после ухода отца. В конце концов мать со-

гласилась поработать над тем, чтобы после того, как сестра Джереми ляжет спать, находить время побыть наедине с сыном, чтобы улучшить с ним отношения и добиться от него сотрудничества.

2. *Неопределенность.* Джереми было предоставлено мало информации о развертывании, и его тревоги и страхи были вызваны его собственными фантазиями о том, что может произойти. Родителям было рекомендовано быть более откровенными в отношении всего, что связано с этим развертыванием. В частности, отцу было предложено показать Джереми на карте Афганистана регион, в котором он будет служить, показать некоторые виды оборудования, которое он будет использовать для обеспечения своей безопасности, и рассказать, как оно работает, а также напомнить Джереми о прошлых развертываниях и их сходстве с предстоящим. Отец Джереми должен был сообщить сыну о важности своей миссии и о том, какой вклад может внести Джереми, помогая отцу подготовиться к отъезду.

3. *Неконтролируемость.* Джереми почти не контролировал время, характер и продолжительность командировки своего отца. Семье было предложено вместо этого сосредоточиться на том, что каждый из детей может сделать, чтобы помочь семье справиться с проблемами, связанными с участием отца в развертывании. Задачи, которые были предварительно намечены для Джереми, включали в себя работать на уроках и выполнять школьные задания, быть более сговорчивым и помогать матери по дому, а также помогать сестре справиться с отъездом отца, хорошо играя с ней. Кроме того, Джереми согласился подумать, что он может делать, если ему становится страшно или грустно, например, играть со своими экшен-фигурками¹, с собакой и просматривать семейный фотоальбом.

4. *Стойкость и резилентность.* Были определены сильные стороны семьи и способы внутрисемейной поддержки, могущие помочь семье справиться с развертыванием. У Джереми была завидная коллекция экшен-фигурок, весьма привлекательная для сверстников, которые могли бы прийти к нему домой поиграть. Джереми учился работать на компьютере, и было решено, что он может помогать матери и сестре использовать электронную почту для переписки и отправки фотогра-

¹ Экшн-фигурка (*action figure*) – коллекционная фигурка, обычно из пластмассы, представляющая собой персонаж фильма, комикса, компьютерной игры и т.п.

фий отцу во время его командировки. Соседи были очень благосклонны к семье Джереми, у них на участке был бассейн, поэтому дополнительную эмоциональную и социальную поддержку и возможности для отдыха можно было найти прямо по соседству. Недавно семья присоединилась к церкви, в которую ходило несколько семей военных, и мать оценила возможность молиться вместе с этими семьями и получать от них поддержку.

Выводы

Как видно из этого обзора, семьи военнослужащих сталкиваются с огромными трудностями во время войны. Имеются некоторые свидетельства, что при размещении родителей в районах боевых действий у детей и членов семей неблагоприятные реакции и исходы являются общими. Было высказано предположение, что в случае участия родителя или супруга в развертывании у детей возникает чувство потери, неуверенности и неконтролируемости этого переживания. Тем не менее, семьи военнослужащих обладают многими сильными сторонами и часто демонстрируют замечательную стойкость в противостоянии вызовам войны. С научной точки зрения наши знания об опыте семей военнослужащих и результатах их противостояния стрессам развертывания в военное время были ограничены отсутствием тщательных исследований. В частности, очень мало исследований, дающих количественные показатели и использующих корректные группы сравнения, касалось детей, сталкивающихся с родительской депривацией. Меры по оказанию помощи детям и их семьям, испытывающим проблемы из-за участия родителей в развертывании в военное время, не обоснованы четко разработанной теорией, не определена их актуальность и эффективность. Однако, как уже отмечалось, из-за широкого и непредсказуемого характера войны научные подходы к осознанию и вмешательству в жизнь детей, сталкивающихся с участием родителей в развертывании, поражает своими методологическими сложностями и материально-техническими трудностями; поэтому из этого обзора можно сделать лишь несколько твердых выводов. Во-первых, феноменология и эпидемиология стресса военного времени должны включать в себя изучение детей военнослужащих и их семей. В прежних

исследованиях значительное внимание уделялось по большей части лишь опосредующим аспектам возраста, пола детей и продолжительности развертывания. Было бы полезно изучить такие психологические конструкты, как потери, неуверенность и неконтролируемость, как медиаторы последствий стресса развертывания. Безусловно, для решения рассматриваемых проблем огромной сложности потребуются федеральная поддержка широких исследовательских инициатив. Во-вторых, необходимы исследования, оценивающие преимущества предлагаемых стратегий профилактики и вмешательства с акцентом на концептуально обоснованные модели, подобные той, что предлагается в настоящем обзоре. Учитывая сложность и уникальный характер опыта семей военнослужащих, исследования эффективности лечения должны базироваться на вмешательствах, основанных на четкой концептуализации опыта развертывания, а не только на широком применении стратегий совладания.

Источники, на которые ссылается автор

Angrist, J. D., & Johnson, J. H. (2000). Effects of work-related absences on families: evidence from the gulf war. *Industrial and Labor Relations Review*, 54, 41–58.

Caliber Associates. (2007a). 2005 demographics report. Prepared for the office of the Deputy under Secretary of Defense (military Community and Family Policy). Fairfax, VA: Author (http://www.cfs.purdue.edu/mfri/pages/military/2005_Demographics_report.pdf).

Clarke, A. T. (2006). Coping with interpersonal stress and psychosocial health among children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 11–24.

Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2002). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127, 87–127.

Ethridge, R. M. (1989). Family factors affecting retention: A review of the literature. Research triangle Park, NC: Research triangle Institute.

Gibbs, D. A., Martin, S. L., Kupper, L. L., & Johnson, R. E. (2007). Child maltreatment in enlisted soldiers' families during combat-related deployment. *Journal of the American Medical Association*, 298, 528–535.

Huebner, A. J., Mancini, J. A., Wilcox, R. M., Grass, S. R., & Grass, G. A. (2007). Parental deployment and youth in military families: exploring uncertainty and ambiguous loss. *Family Relations*, 56, 112–122.

Jensen, P. S., Martin, D., & Watanabe, H. (1996). Children's response to separation during operation Desert Storm. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 433–441.

McCormick, K. M. (2002). A concept analysis of uncertainty in illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 34, 127–131.

Parry, C. (2003). Embracing uncertainty: An exploration of the experiences of childhood cancer survivors. *Qualitative Health Research*, 13, 227–246.

Pisano, M. C. (1992). The children of operation Desert Storm: An analysis of California achievement test scores in sixth graders of deployed and nondeployed parents. *Dissertation Abstracts International* 54/06-A, p. 2126.

Rentz, E. D., Marshall, S. W., Loomis, D. et al. (2007). Effect of deployment on the occurrence of child maltreatment in military and nonmilitary families. *American Journal of Epidemiology*, 165, 1199–1206.

Rosen, L. N., Teitelbaum, J. M., & Westhuis, D. J. (1993). Children's reactions to the Desert Storm deployment: Initial findings from a survey of Army families. *Military Medicine*, 158465-158469.

*Джудит А. Коэн, Робин Ф. Гудман, Кэрол Кэмпбелл,
Бонни Л. Кэрролл и Хизер Кампанья*

Г л а в а 12

ДЕТИ ВОЕННЫХ: ИНОГДА СИРОТЫ ВОЙНЫ

Введение

Военные, как и представители других культур, имеют свой собственный язык, одежду, социальные нормы и отношения. Существуют прекрасные обзоры военной культуры и образа жизни военных, показывающие, как они влияют на военнослужащих и их детей. Стресс, травмы и потери являются нормативными составляющими военной культуры и проявляются они в форме частых перемещений, развертываний и тяжелых утрат. В этой главе описывается, как военная культура и военный опыт влияют на членов семей военнослужащих и что можно сделать для предотвращения, смягчения и устранения последствий этих событий для детей. На тренировках, в небоевых миссиях или на поле боя военнослужащие – это профессионалы, занятые сложной и почетной работой. Может показаться, что проще или даже необходимо разделить работу и семью, но многие служащие в армии мужчины и женщины имеют и другую работу на полную занятость в качестве родителей: «По оценкам, 1,5 миллиона детей школьного возраста имеют родителей, состоящих на действительной службе. Около 49 000 семей в США имеют двух родителей, находящихся на действительной службе» (Lamberg, 2004). Еще тысячи детей – это братья и сестры, внуки и двоюродные братья военнослужащих. Для многих в конце концов наступает радостный момент возвращение родителей домой насовсем, но у других детей образуются различные эмоциональные боевые шрамы.

Перемещения и развертывание

Разлуки являются привычной частью военной жизни; они могут рассматриваться как обычные стрессоры, проистекающие из множе-

ства причин, таких как учения, временные служебные назначения (с временным перемещением семьи военнослужащего или без такового), постоянные изменения места службы и развертывания. Стресс от перемещения был описан для взрослых, переходящих из одной среды в другую, состояние, которое, вероятно, влияет на супругов военных и их детей. Перемещения и развертывания могут быть непредсказуемыми и происходить почти без предупреждения, иногда предоставляя ребенку [и невоенному родителю] меньше недели на подготовку. Хотя рутинным разлукам обычно не сопутствуют опасные обстоятельства, такие разлуки могут повлиять на привязанность ребенка к своему родителю и значительно нарушить размеренную жизнь ребенка. В ситуациях, когда военнослужащий является единственным главным опекуном, обычное разделение обязанностей может также нарушить жизненную ситуацию ребенка, которая и так регулярно нарушается, когда военнослужащий меняет место службы, как правило, в течение 3-летнего цикла. Было отмечено, что это становится все более трудным по мере достижения детьми школьного и подросткового возраста, поскольку переезды сопровождаются потерей друзей, учителей, социальных клубов и мероприятий, а также [привычных] жилищ. Армейский опрос 1999 года показал, что 71% офицеров и 78% рядового состава «сообщили, что у их детей были проблемы из-за смены школы в результате переезда» (Military Family Resource Center, 2001, с. 7), а опрос армейских супругов 2001 года показал, что от 25 до 44% старшекласников испытывали трудности с такими проблемами, как потеря кредита по изученным курсам и налаживание новых социальных отношений (U. S. Army Community and Family Support, 2001).

Потери, связанные с развертыванием войск, становятся все более привычными для американской общественности, а образы военнослужащих, уходящих на войну и возвращающихся из недавних конфликтов, проникают в средства массовой информации. Исследователи отмечают, что дистресс, связанный с развертыванием, как ожидается, будет более сильным для военнослужащих с детьми из-за беспокойства о ребенке и тревоги ребенка, вызванной разлукой. Матери, остающиеся дома после ухода отцов, сообщают о значительных симптомах депрессии, что может снизить их способность оказывать адекватную поддержку ребенку и усугубить любые проблемы, с которыми сталки-

вается ребенок. При разворачивании родителя происходят изменения в семейных привычках, занятиях, степени доступности родителей и, возможно, даже в родительском стиле жизни – например, если родитель становится более мягким, строгим или защищающим.

Исследования неизменно показывают, что дети испытывают значительные эмоциональные и поведенческие проблемы из-за отсутствия родителей, отчасти в связи с занятостью на работе. Дети преуспевают, когда родители настроены позитивно и готовы к разворачиванию. Хотя есть надежда, что потери, связанные с разворачиванием, не являются постоянными, тем не менее, время разворачивания не всегда указывает точно и часто меняется, участвующие в разворачивании родители могут находиться в опасном районе или нередко не могут раскрыть свою миссию или местоположение. Эта неопределенность может порождать значительную тревогу у детей и теоретически может быть связана с симптомами горя.

Травма и горе

Внезапная смерть родителя-военнослужащего – это всего один из обусловленных службой случаев, когда ребенок или подросток подвергается риску возникновения стрессовой или травматической реакции. Как правило, дети могут испытывать либо острую травму, либо хроническую травму, когда им: (1) угрожают, когда они переживают или становятся свидетелями серьезных травм или смерти близких, или чужих людей, или (2) когда подвергаются физическому насилию. В то время как дети родителей-военнослужащих могут столкнуться с потенциальными травматическими переживаниями, как и любые другие дети (например, при пожарах или автомобильных авариях), для детей военнослужащих могут представлять опасность некоторые специфические или недавно возникшие обстоятельства. Примерами острой травмы можно считать боевую или небоевую (т.е. случайную) смерть родителя или проживание в отдаленной и враждебной стране, в которой можно столкнуться с угрозой или актами террора. Плохое обращение с детьми военнослужащих может быть либо острым, как, например, при возвращении одного из родителей из вооруженных сил, либо хроническим, как это имеет место в случае, когда такое обращение имело

место до начала службы или продолжается. Было обнаружено, что частота некоторых форм плохого обращения с детьми увеличивается во время участия родителей в развертывании; они могут быть связаны с возрастом ребенка, полом или воинским званием родителя. Некоторые дети военнослужащих становятся свидетелями насилия в семье – это пример хронической травмы.

Все больше фактов свидетельствует о том, что психическая деятельность, особенно посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), возвращающегося ветерана является источником стресса, затрагивающим всех членов семьи. Реинтеграция члена семьи может быть самой трудной фазой цикла развертывания, когда военнослужащий сталкивается с «культурным шоком из-за быстрого перехода от окопа к парадному крыльцу» (Hobfoll et al., 1991, с. 849). Через три-четыре месяца после возвращения домой «целых 17% тех, кто участвовал в боевых действиях в Ираке, и около 11% тех, кто служил в Афганистане, сообщили о симптомах ПТСР, депрессии или тревоге» (Lamberg, 2004) по сравнению с всего 9% обследованных, имевших симптомы до развертывания, и теми, кто вообще не имел проблем с психическим здоровьем до обследования. Симптомы ПТСР, связанные с боевыми действиями, у родителей часто вызывают беспокойство, если не страх у детей. Родительский гнев, раздражительность, замкнутость и избегание может сильно повлиять на детско-родительские отношения. Когнитивные симптомы ПТСР могут ухудшать или мешать способности родителей читать сигналы, интерпретировать поведение и иметь соответствующие ожидания относительно поведения своего ребенка. В литературе делается вывод, что ПТСР родителя-военного может приводить к семейной дисфункции на нескольких уровнях и «непосредственно влиять на способность ветерана воспитывать своего ребенка, прерывать развитие позитивных отношений между родителями и детьми» (Galovski & Lyons, 2004с. 487–489). По возвращении военнослужащего домой ПТСР и депрессия могут стать фактором, приводящим его к самоубийству, в результате чего ребенок сталкивается со сложной смесью травмирующих обстоятельств: трагической смертью, психическим заболеванием родителей и стрессами, связанными с военными действиями.

Вторичные неблагоприятные факторы

Это менее драматичные, но не обязательно менее значимые факторы. Дети также сталкиваются с вторичными неблагоприятными факторами, связанными с военной жизнью. По сути, эффект домино изменений приводится в движение военным событием, которое чревато проблемами, разочарованиями и сложными эмоциями. Осложненная перемещениями, развертываниями и ситуациями тяжелой утраты, семейная адаптация может быть затруднена в следующих аспектах:

- Достаток (приемный родитель теряет работу, или оставшийся родитель вынужден оставить работу, чтобы заботиться о детях; для семей, переживших утрату, получение военных пособий – сложный процесс, не похожий ни на один другой в нашем обществе).
- Организация ухода за детьми (стресс для опекунов и детей от поиска или смены опекунов);
- Дом и школа (потеря привычного жилья или переезд).
- Идентичность и статус (утрата официальной связи с военным социумом после смерти родителя).
- Социальное окружение (разорванные и/или разрозненные социальные связи и дружеские отношения в связи с изменением места службы или со смертью родителя).
- Конфиденциальность (смерти военных очень публичны).

Существующие исследования, посвященные связанным с военными действиями стрессам и травмам у детей, носят ограниченный характер, причем только некоторые сосредоточены на детях, непосредственно подвергающихся воздействию войны. Еще меньшее число исследований систематически изучало влияние развертывания на детей; редким исключением является Исследование по переходу к среднему образованию в армии США¹ (Secondary Education Transition

¹ В Исследовании по переходу к среднему образованию, которое было заказано армией США, сообщалось о каждом конкретном случае, когда дети военнослужащих должны были преодолеть академические и социальные препятствия после переезда, чтобы успешно закончить среднюю школу или подготовиться к получению последующего образования. Результаты этого исследования позволили сделать вывод, что кадровая политика в армии требует выделения дополнительных ресурсов для молодежи из семей военнослужащих для содействия их процветанию.

Study, 2001), в котором рассматриваются образовательные потребности старшекласников.

Несмотря на это, складывается картина потенциального риска и защитных факторов, связанных с адаптацией и реакциями детей. Хотя степень риска для следующих категорий еще недостаточно четко определена, эти области следует учитывать при оценке травматических реакций.

Ситуации высокого риска:

- Военно-специфические обстоятельства – количество предыдущих перемещений и развертываний; фаза в цикле перемещения и развертывания (более длительная и более сложная).

- Предыдущие разлуки – реакция на разлуки, их частоту, продолжительность (чем дольше, тем сложнее).

- Подготовка – внезапная или ожидаемая разлука.

- Расстояние и время – степень близости к предыдущему дому или физическое расстояние от родителя, период жизни ребенка.

- Опасный период времени и опасное место – обстановка в районе дислокации части родителя, а также там, где может проживать семья военнослужащего (в военное время более напряженная, чем в мирное).

- Травма – степень травматизации, необходимое лечение и реабилитация, особенно в отношении черепно-мозговой травмы и ампутаций, приводящих к необратимым изменениям.

- Тяжелая утрата.

Личностные особенности высокого риска (у детей):

- Возраст – младшие дети (менее 5 лет) могут подвергаться более высокому риску из-за ограниченных когнитивных и коммуникативных способностей и способности самостоятельно справляться с проблемами.

- Пол – мальчики более склонны к внешним проявлениям, таким как проблемное поведение; девочки склонны к интернализации проблем, например, к грусти.

- Проблемы со здоровьем – предыдущие или текущие проблемы с психическим здоровьем, обучением, физическими недостатками или медицинскими проблемами.

- Предшествующие травмы – новый стресс может спровоцировать возникновение реакций на прошлую травму или повысить уязвимость психики.

- Когнитивные способности – понимание ситуации и совладание с проблемой зависят от когнитивных способностей ребенка.

- Чувство вины – ребенок может чувствовать себя ответственным за благополучие семьи или чувствовать себя виноватым в том, что вызвал или не предотвратил смерть родителя.

- Характер, функционирование, стиль совладания с проблемой и локус контроля – дети с разными стилями требуют разной поддержки.

Прошлое и настоящее военное и невоенное семейное и социальное окружение:

- Поддержка – лучше всего подходит семейная, социальная и внешняя поддержка. Родители, которые чувствуют себя лучше поддержанными, обеспечивают своим детям лучший образец для подражания и лучше справляются с воспитанием детей. Семейная сплоченность и поддержка являются защитными факторами; приносит пользу и высокий уровень поддержки со стороны общины.

- Прошлая и настоящая деятельность родителей и семьи – деятельность родителей и детей тесно взаимосвязаны; например, дети лучше переносят время разветывания, когда оставшийся дома родитель позитивен и подготовлен. Предшествующая позитивная деятельность помогает в последующем индивидуальном и семейном функционировании.

- Удовлетворенность военной средой – позитивное отношение родителей к военным приводит к высокой удовлетворенности семьей и лучшей адаптации.

- Средства массовой информации – подробная информация о мировых событиях может быть быстро получена, она постоянно доступна в различных форматах, что затрудняет детям возможность избежать информации, связанной с безопасностью их родителей или с пусковыми моментами, могущими спровоцировать травму.

- Политика и язык – семьи военных постоянно сталкиваются с политическими комментариями, как антивоенными, так и провоенными. Терминология также используется огульно (например, «он от-

дал жизнь в служении своей стране» или «они принесли последнюю жертву»).

- Национальные дни памяти – государственные военные праздники, такие как День памяти, могут послужить пусковыми моментами для личных реакций и воспоминаний.

Реакции на травму

Между конкретной ситуацией с ребенком или с семьей военного и возникающей реакцией на стресс или травму не существует причинно-следственной связи «один к одному». Кроме того, факторы носят ситуативный характер; например, проблемы, стоящие перед семьей молодого морского пехотинца, третий раз принявшего участие в развертывании в условиях мирного времени, оставляющего дома малыша и жену, отличаются от тех, с которыми сталкивается мать-одиночка – армейский резервист, впервые отправляющийся к район боевых действий за границей, оставляющий дочь-подростка дома у родственников.

Вполне понятно, что дети испытывают стресс в ситуациях, связанных с военными действиями, например, когда семья должна сменить общину, когда родитель находится в опасном районе, когда семья воссоединяется после длительного развертывания, или когда родитель ранен или погибает. Хотя некоторые реакции являются ожидаемыми, и дети, как правило, хорошо с ними справляются, некоторые дети могут быть подавлены стрессом, о чем свидетельствуют их мысли, чувства, поведение и физические реакции. Дети ветеранов Вьетнама, Корейской и Второй мировой войны, страдающих сейчас ПТСР, в прошлом чаще проходили психологическое лечение по проблемам синдрома дефицита внимания, проблем с успеваемостью и поведением, по сравнению с контрольной группой. Дети военных могут быть более склонны к депрессии и другим аффективным расстройствам, связанным с родительским ПТСР. Предполагается, что травма ветеранов передается детям из поколения в поколение через: (1) непосредственную травматизацию, например через семейное насилие; (2) идентификацию ребенка с реакцией или симптомами травмы родителя; (3) семейную дисфункцию, возникающую в результате воздействия симптомов и поведения родителя-ветерана; (4) избегание родителя и чувство страха из-за

симптомов родителя и снижение комфорта; (5) частичное воздействие источника травмы родителя-военнослужащего; или (6) использование родителем ребенка в каком-либо типе реконструкции травмы.

Реакции на горе

Учитывая рост числа военных операций с 2001 года и опасность, присущую военной службе, риск травмирующей утраты для детей военнослужащих очень реален. В начале 2008 года министерство обороны сообщило, что в операции «Иракская свобода» и операции «Несокрушимая свобода» погибли 4374 военнослужащих; еще 30 721 военнослужащий был ранен. У детей военных, потерявших родителя, может развиваться травматическая реакция на горе. Шокирующая природа смерти солдата воплощается в образе капеллана и уведомляющего офицера, прибывших к парадной двери семьи. Травматическая реакция может последовать за характерной внезапной и ужасной смертью, например, от самодельного взрывного устройства (СВУ) или несчастного случая. Тем не менее, у ребенка может развиваться травматическая реакция и на другие виды смерти, такие как смерть от проникающего ранения после длительной госпитализации, даже без воздействия ужасающего зрелища курса лечения. В исследованиях до сих пор различают эти состояния по продолжительности времени, прошедшего после смерти, тяжести, длительности и взаимовлиянию симптомов, но в современной литературе основное внимание уделяется детям с детским травматическим горем (ДТГ), имеющим симптомы, характерные для ПТСР. Такие дети ошеломлены и подавлены эмоциями и реакциями, которые мешают проявляться нормальным, здоровым реакциям на горе. Характерные симптомы ПТСР включают следующее:

- Навязчивые воспоминания о смерти – распространенный пример – ночные кошмары. Кроме того, дети военных могут попытаться представить себе, как выглядела смерть (например, на основе новостей, фильмов или историй других людей), возможные страдания погибшего, или как происходило извещение о смерти.

- Избегание и бесчувствие – воспоминания о человеке, который умер, и сама смерть вызывают болезненные и подавляющие эмоции, поэтому ребенок может попытаться справиться с ними, став бесчув-

ственным ко всем эмоциям, или может избегать людей, мест и событий, которые могут спровоцировать воспоминания. Дети военнослужащих могут отдаляться от сверстников или сопротивляться участию в военных церемониях.

- Повышенное возбуждение – физическая и эмоциональная реактивность может быть распознана по таким симптомам, как трудности со сном, плохая концентрация внимания, раздражительность, гнев, постоянная настороженность, когда дети легко пугаются и испытывают новые страхи.

Реакции и долговременная адаптация детей военнослужащих различаются по широкому спектру факторов, и далеко не все дети военных страдают за жертвы, принесенные их родителями ради нашей страны. Но риск острых, кумулятивных и хронических травм и стрессов никогда не бывает слишком велик. В следующих разделах описываются существующие программы, направленные на оказание помощи детям военнослужащих.

Мероприятия по повышению резилентности молодежи из военных семей

Усилия по повышению резилентности молодежи из военных семей были сосредоточены главным образом на общих психолого-педагогических программах и мерах социальной поддержки на уровне общин, которые имели незначительный успех в улучшении навыков преодоления трудностей у семей во время войны в Персидском заливе. Различные компоненты вооруженных сил разработали психолого-педагогические программы для семей, которые обычно предлагаются от командования группой готовности семьи (Family Readiness Group, FRG). Однако изучение вмешательств FRG, показывает, что ими пользуются меньшинство семей и что только приблизительно 25% тех, кто действительно участвует в программе, удовлетворены ею. Существует большая потребность в продолжении исследований по программам повышения резилентности для молодежи из семей военных. Одна модель, проект FOCUS, отвечает потребностям в этой области, она была реализована с семьями морских пехотинцев и дала многообещающие результаты.

Проект FOCUS

- Название модели – проект FOCUS (Families Overcoming and Coping Under Stress, FOCUS – семейное преодоление стресса и совладание со стрессом).

- Цель модели – повышение резилентности молодежи до, во время и после разворачивания родителя.

- Формат модели – 8-недельная программа с использованием семейного подхода, которая начинается с индивидуальных сеансов с детьми и родителями, за которыми следуют совместные семейные сеансы со специалистами в области психического здоровья.

- Компоненты воздействия – информирование о психической травме, соответствующее развитию психологическое образование; формирование семейных навыков, включая обучение навыкам совладания со стрессом, решение проблем и эмоциональная регуляция; помощь в составлении графика разворачивания членов семьи (направленного на увязку навыков семейного опыта и создание общего семейного нарратива); решение проблемных ситуаций; усиление социальной поддержки.

- Использование семьями военнослужащих – успешно реализовано в семьях морских пехотинцев; в настоящее время адаптируется для семей раненых военнослужащих.

- Эмпирическая поддержка основана на прочных теоретических и опытных основаниях, причем разработчики ссылаются на многообещающие предварительные результаты развития более позитивных навыков совладания с вызовами, но рандомизированные контролируемые исследования (РКИ) или опубликованные открытые исследования, посвященные изучению эффективности программы, отсутствуют.

Заметной слабостью в области программ повышения резилентности молодежи из военных семей является очевидное отсутствие связи и последовательности в разработке программ между различными компонентами вооруженных сил; например, проект FOCUS был успешно реализован с семьями морских пехотинцев, но на командном уровне в регулярном и резервном компоненте сухопутных войск и Национальной гвардии был принят и получил широкое распространение подход READY, хотя эта модель также не имеет эмпирической поддержки. В настоящее время имеется мало информации о том, как другие ком-

поненты вооруженных сил осуществляют подобную деятельность. Вполне возможно, что эти программы еще недостаточно хорошо продуманы и доведены до практического использования, или что они являются частью вышеупомянутой FRG или служб защиты интересов семьи. Учитывая результаты исследований, свидетельствующие, что большинство военнослужащих, пользующихся этими услугами, не считают их полезными, и что молодежь из военных семей подвержена риску возникновения проблем в результате разлуки и развертывания, крайне необходимы дальнейшие исследования программ повышения резилентности для этой молодежи.

Например, Соня и Мануэль – молодая латиноамериканская пара, у которой есть двое детей в возрасте 3 и 6 лет. Соня связалась с программой защиты семьи по телефону и сообщила, что ее муж недавно узнал, что он отправится на свое второе развертывание за время службы в морской пехоте. Мануэль 18 месяцев назад вернулся из развертывания, которое длилось 16 месяцев и включало участие в боевых действиях в Ираке. Соня сообщила, что он «не был прежним» с тех пор, как вернулся со своего первого задания. Он уехал в первую командировку, когда их старшему сыну Мануэлю-младшему было 3 года, а младший сын Антонио был младенцем. Соня сообщила, что Мануэль был внимательным и терпеливым отцом, который облегчал многие ее заботы. Она заявила, что с тех пор, как он вернулся, он стал быстрее злиться и стал «очень раздражительным». Она сказала, что думает, что ему снятся кошмары, но он не хочет говорить о них. Кроме того, Соня сообщила, что у Мануэля-младшего были проблемы с поведением с самого начала учебы. Она заявила, что они усугубились, как и его поведение дома, с тех пор, как он услышал, что его отец опять уезжает. Наконец, она заявила, что у нее самой есть серьезные опасения, заявив, что с тех пор, как она узнала о командировке своего мужа, она стала плакать еще чаще. Она сообщила, что, когда ее муж был впервые направлен на развертывание, они жили рядом с ее сестрой и матерью Мануэля, которые оказывали ей поддержку и помогали ухаживать за детьми. Она сказала, что с тех пор как они сменили место службы, она чувствует себя лишенной этой поддержки. Она заявила, что очень обеспокоена тем, что Антонио «не будет знать своего отца» из-за многочисленных отлучек в его ранние годы, и что она не поднимала этот вопрос с Мануэлем после

возвращения из его первого развертывания, потому что она «не знает, как он будет реагировать на что-либо».

Соня и Мануэль провели первые два сеанса, лично встречаясь с консультантом. Цели сессий были сосредоточены на повышении их способности открыто общаться друг с другом и делиться чувствами, связанными с предыдущим и предстоящим развертыванием. Кроме того, они получили соответствующее развитию понятие о травматических реакциях у детей и родителей. Поначалу Мануэлю было трудно говорить о том, как он изменился после возвращения из своего первого развертывания. Для некоторых родителей это может быть осложнено симптомами посттравматического стресса или другими психическими проблемами, которые требуют направления на лечение. В контексте сессий обсуждался потенциал травмирующих воспоминаний, которые могут повлиять на родителей и их семейную жизнь, и Мануэль определил позитивные способы справиться с этим (включая регистрацию у консультанта после возвращения из развертывания). Мануэль также рассказал о своих собственных тревогах, связанных с Соней и детьми, живущими далеко от его матери, пока он будет находиться в командировке. Был разработан план оказания поддержки путем планирования регулярных телефонных контактов с членами семьи на протяжении всего периода развертывания. Вторые два сеанса были проведены индивидуально с детьми. На этих занятиях устанавливалось взаимопонимание, дети выполняли задания по обучению их навыкам поведения во время развертывания, разработку семейного графика развертывания и приобретение навыков регуляции эмоций (соответствующих их уровню развития). Соня и Мануэль снова встретились лично с консультантом на пятом сеансе, где они обсудили методы воспитания и обыденные семейные проблемы. Они также составили семейные графики развертывания, которые были сопоставлены с таковыми у Мануэля-младшего и Антонио. Последние две сессии были семейными сессиями, которые были сосредоточены на выработке плана увеличения социальной поддержки всей семьи на каждом этапе развертывания. Этот шаг был особенно важен, учитывая опасения Сони и Мануэля, связанные с изоляцией от их прежней тесной семейной поддержки. Были определены ресурсы совладания со стрессом на основе веры, а также уточнено расположение культурных центров, которые могли бы способствовать

социальной поддержке. Кроме того, были пересмотрены и усилены навыки преодоления трудностей. Наконец, были обсуждены возможные неблагоприятные ситуации и разработаны планы, призванные помочь свести к минимуму то негативное воздействие, которое они окажут на функционирование семьи.

Мероприятия для детей военнослужащих, потерявших близких

Большинство детей военнослужащих, потерявших своих близких, не получают помощи в области психического здоровья. Для тех, кто ее получает, наиболее распространенным источником являются группы поддержки сверстников. Модели поддержки сверстников основаны на представлении о том, что реакции на тяжелую утрату являются нормальными, непатологическими реакциями и что усиление социальной поддержки, особенно со стороны сверстников, испытывающих аналогичные реакции, является одновременно полезным и адекватным для большинства детей, переживших тяжелую утрату, чтобы помочь им успешно справиться с типичными проблемами. Эти задачи включают:

- принятие неотвратимости смерти и переживания боли, связанной с этой потерей;
- воспоминание об умершем человеке – все хорошее и плохое;
- преобразование отношений от взаимодействия в воспоминание;
- включение важных черт умершего в свою собственную идентичность;
- приверженность отношениям с живыми людьми;
- восстановление здоровой траектории развития после утраты.

В настоящее время такие организации, как Программа помощи пострадавшим в результате трагедии (Tragedy Assistance Program for Survivors, TAPS), описанная ниже, предоставляет группы взаимной поддержки, ориентированные на военных. Кроме того, разработаны целевые методы лечения детей, переживших травматическую утрату, и эти меры были применены в отношении детей военнослужащих. Такие мероприятия направлены на устранение психических симптомов у детей (например, ПТСР), а также на улучшение адаптации и функционирования семьи. Выявление детей военнослужащих, которые могут воспользоваться этим видом лечения, и обеспечение лечения требуют

преодоления предубеждения, которую многие семьи военнослужащих испытывают в отношении обращения за официальными услугами в области психического здоровья.

Модель поддержки сверстников TAPS

- Название модели – модель поддержки сверстников TAPS.
- Целевая аудитория модели – дети, потерявшие близких и взрослые, потерявшие любимого человека, служившего в вооруженных силах.
- Формат модели – группы выходного дня поддержки сверстников для детей и взрослых, потерявших любимого человека в армии.
- Поставщики услуг – группы однополых детей, возглавляемые психически здоровыми людьми, имеющими образование, связанное с определенным типом принадлежности к армии, или в паре с руководителем военной группы как в региональных, так и в национальных лагерях. Программа TAPS предлагает инновационную программу поддержки военных наставников и сверстников, в которой дети работают в паре с военнослужащими, которые служили в том же подразделении, что и погибший любимый человек ребенка, во время проведения ежегодного Лагеря Доброй Скорби в первый выходной после Дня памяти. Наставники, которые добровольно работают в Лагере Доброй Скорби, получают от TAPS подготовку в общении с детьми, испытывающими травматические реакции на горе.
- Компоненты вмешательства – TAPS обеспечивает поддержку как детям, так и взрослым, потерявшим любимого человека во время службы в вооруженных силах. Ежегодный Национальный Семинар Выживших Военных, который проводится TAPS каждый год в Вашингтоне, округ Колумбия, в День памяти, включает в себя Лагерь Доброй Скорби, проводящийся одновременно с семинаром для взрослых. В Национальном Лагере Доброй Скорби TAPS военные наставники служат детям «старшими братьями» или «старшими сестрами» и помогают ребенку, потерявшему близкого человека, поддерживать связь с армией. В дополнение к ежегодному Лагерю Доброй Скорби, региональные Лагеря проводятся по всей территории Соединенных Штатов. Во время проведения региональных Лагерь Доброй Скорби

поддержка внутри группы оказывается со стороны различных военнослужащих. В некоторых местах это включает поддержку со стороны военнослужащих батальона «Раненый воин», которые были ранены, но все еще остаются в армии. В дополнение к помощи, предлагаемой этими программами, TAPS также предоставляет подростковый чат для поддержки подростков, потерявших любимого человека. Подростки собираются на безопасном форуме с облегченным доступом вместе с взрослым модератором, руководящим дискуссиями.

- Использование семьями военнослужащих – разработано специально для семей военнослужащих, для поддержки всех тех, кто потерял близкого человека, служившего в вооруженных силах, независимо от обстоятельств или места смерти.

- Эмпирическая поддержка – нет.

Например, Майкл – 15-летний подросток, переживший потерю отца. Майклу было 12 лет, он и две его младшие сестры играли на улице, когда солдаты в форме пришли к нему домой и сообщили семье о смерти в Афганистане его отца от взрыва самодельного взрывного устройства. Увидев подъехавшую к дому машину, Майкл сразу понял, что его отец мертв, хотя и не хотел в это верить. В ходе предыдущего развертывания в Афганистане отец Майкла был ранен взрывом СВУ и оглох на оба уха. Поскольку он вернулся из той командировки, Майкл чувствовал, что отец вернется и из следующей командировки, и что его отец непобедим. Майкл пришел на свой первый региональный семинар TAPS, когда ему было 13 лет. Хотя он был встревожен и немного застенчив, он начал откровенничать о своих чувствах с другими подростками, потерявшими любимого человека в армии. Он говорил о том, как тяжело ему было потерять отца, о том, что он хотел, чтобы тот был рядом и смотрел, как он играет в футбол, и как ему было жаль своих сестер, у которых было не так много, как у него, воспоминаний об отце, которого он называл своим героем. Он цеплялся, похоже, к каждому военнослужащему, с которым встречался в выходные, и рассказывал, как ему было полезно узнать, что он не единственный, кто потерял отца в армии. Майкл также принял участие в ежегодном Лагере Доброй Скорби. Там он смог обсудить трудности, которые испытал после смерти отца, и нашел большое утешение, выслушав других людей, похожих на него, которые могли сказать, что они его понимают ...

и они действительно его понимали. После того как Майкл в третий раз посетил мероприятие TAPS – региональный Лагерь Доброй Скорби, – стало заметно различие в степени раскованности, с которой он делился дорогими воспоминаниями о своем отце. Ему уже не было стыдно делиться своими слезами, как прежде. В тот день в конце проведения регионального Лагеря Доброй Скорби он говорил об эйфории, которую он испытывал, – ему просто хотелось кричать оттого, что тяжкий груз был снят с его груди. Майкл и другие ребята в его регионе с помощью взрослых организовали свою собственную местную подростковую группу поддержки сверстников, чтобы поддерживать таких же, как они, потерявших любимого человека в армии.

Травмоориентированная когнитивно-поведенческая терапия детской травматической скорби

- Название модели – травмоориентированная когнитивно-поведенческая терапия детской травматической скорби (Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Childhood Traumatic Grief, TF-CBT-CTG)

- Целевая аудитория модели – дети с травматическим горем, возникшим после неожиданной или насильственной смерти близких, у которых развились симптомы травмы/ПТСР, препятствующие типичному проявлению скорби.

- Формат модели – параллельные индивидуальные сеансы психотерапии детей и родителей продолжительностью от 30 до 45 минут в течение 12–16 недель, включая примерно 6 совместных сеансов психотерапии детей и родителей, осуществляемых лицензированными специалистами в области психического здоровья, прошедшими обучение по этой модели (бесплатный онлайн-курс обучения для профессионалов доступен на сайте www.musc.edu/ctg).

- Компоненты вмешательства – TF-CBT-CTG была разработана на основе TF-CBT, научно обоснованной модели лечения травмированных детей. TF-CBT-CTG состоит из последовательных компонентов, ориентированных на травму и горе. Компонент, ориентированный на травму (TF-CBT), направлен на разрешение детских ПТСР, депрессивных, тревожных и поведенческих проблем. Компонент, ориентирован-

ный на горе (CTG), помогает детям перейти к более типичному процессу проявления скорби. Некоторые дети, возможно, могут испытать и другие виды травмирующего воздействия, помимо смерти близких, которые также могут потребовать терапевтического внимания. Травмоориентированный компонент выражается акронимом PRACTICE, он включает: психологическое образование о травме и травматических симптомах; развитие у родителей навыков решения проблемы поведенческой дисрегуляции; навыков релаксации для обращения вспять травматического физиологического гипервозбуждения; аффективную идентификацию и модуляцию навыков решения проблемы аффективной дисрегуляции; когнитивный копинг (соединение мыслей, чувств и поведения и исправление неправильных или бесполезных мыслей); создание травматического нарратива и обработка нефункциональных мыслей о смерти или других травматических переживаниях; овладение воспоминаниями о травмах *in vivo* (в естественных условиях); совместные сеансы ребенок-родитель; а также повышение безопасности жизни и будущего развития. Ориентированный на горе компонент включает в себя психологическое образование о смерти и горе; оплакивание утраты и разрешение амбивалентных чувств по отношению к умершему (например, «что я теряю и чего я не теряю»); сохранение позитивных воспоминаний о покойном; переосмысление отношений и приверженность отношениям в настоящем; и завершение лечения.

- Использование семьями военнослужащих – без существенной адаптации используется для работы с потерявшими кормильца детьми военнослужащих.

- Эмпирическая поддержка – TF-CBT-CTG была изучена в двух пилотных исследованиях и одном небольшом РКИ. Небольшое рандомизированное контролируемое исследование (РКИ) было проведено с участием детей сотрудников служб безопасности (полиции, пожарных, портовых властей), погибших в результате террористических атак на Всемирный торговый центр 11 сентября 2001 года. TF-CBT имеет сильную эмпирическую поддержку из шести РКИ. В экспериментальных исследованиях для включения в исследование требовался минимальный уровень проявления симптомов ПТСР и ДТГ. Дети испытывали значительное улучшение симптомов ДТГ и ПТСР после лечения; родители также испытывали значительное улучшение симптомов ПТСР.

Например, Тара – 14-летняя афроамериканская девочка, живущая в одном северо-восточном городе. Ее отец, армейский резервист, недавно был переведен в Ирак, где погиб от самодельного взрывного устройства. У нее нет друзей среди родителей-военнослужащих. Тара и ее лучшая подруга Села слушали музыку в квартире Селы, когда брат Селы вбежал и крикнул Таре: «Эй, у твоей двери парни в форме!» Тара побежала к себе домой. Она застала свою мать рыдающей вместе с офицерами по вызову помощи пострадавшим (Casualty Assistance Call). Тара отказалась разговаривать с офицерами и с матерью. Она ушла в свою комнату и не выходила оттуда до конца дня. С тех пор она избегала Селы. Тара не хотела ни смотреть на фотографию отца, ни идти на кладбище. Она отказалась смотреть телевизор, заявив, что «по телевизору все плохо». Дома она становилась все более сердитой и раздражительной, и у нее были проблемы со сном. Одна из учительниц в школе сказала в присутствии Тары, что «такие люди [то есть военнослужащие] вызвали эту войну, они заслуживают смерти». Тара ушла из школы и не возвращалась до конца дня. Она рассказала матери о том, что услышала от учителя, и та сообщила об этом школьным чиновникам, но директор не поверил сообщению Тары. Он сказал матери, что Таре пора пережить смерть отца и двигаться дальше. Оценки Тары упали со среднего уровня «В» до «С» и «D», и ей было все труднее сосредоточиться. Она стала часто прогуливать школу. Мать тоже была обеспокоена, потому что Тара ни разу не плакала из-за смерти отца. Именно это и побудило мать позвонить в местное отделение программы поддержки детей, переживших тяжелую утрату. Специалисты записали Тару в детскую травматологическую программу для оценки ее состояния.

При первоначальном обследовании у Тары проявились симптомы ПТСР, связанные со смертью ее отца и тем, как она узнала о его смерти. Она сообщила, что у нее были навязчивые мысли о том, как она узнала о его смерти, сторонилась тех, кто мог напомнить ей, как она узнала о смерти (например, подруги Селы), а также избегала всего, что могло напомнить о смерти (например, школы, где люди могли бы обсуждать смерть ее отца; кладбища; фотографий) и о причине смерти (например, по телевидению часто освещалась война в Ираке). У нее также были симптомы гипервозбуждения, включая гипервизию (например, она по

несколько раз проверяла, заперты ли двери на ночь), повторяющиеся приступы раздражительности и плохой сон. Тара и ее мать согласились участвовать в лечении по программе TF-CBT-CTG.

Тара сказала своему психотерапевту, что она «останется сильной и никогда не будет плакать». Она объяснила, что это часть военной культуры, и она хотела бы быть частью ее сейчас, хотя и не очень много знала о ней, чтобы почтить память своего отца. Терапевт сказала ей, что она уважает ее ценности и постарается помочь ей справиться с причинами, по которым она попала на лечение. Одним из первых вмешательств психотерапевта было задавание Таре вопросов о военных. Оказалось, что Тара действительно мало что знала о военном деле, поскольку (что характерно для многих детей резервистов, живущих в городских районах) она не участвовала в большинстве аспектов этой культуры до смерти своего отца. Психотерапевт предложил ей вместе узнать кое-что о военных, что со временем позволило Таре легче переносить воспоминания о военных событиях. Тара смогла определить целый ряд чувств, связанных с различными ситуациями (например, печаль и смущение, если она получала плохую оценку; возбуждение, если ее приглашали на вечеринку). Она разработала план релаксации для засыпания по ночам, который включал в себя прослушивание ее любимой успокаивающей музыки на своем iPod. Тара и ее мать вместе работали над развитием когнитивных навыков совладания со стрессом в повседневной жизни – например, в эпизоде с участием директора школы. В ответ на то, что сказал директор школы, первой мыслью Тары было: «Со мной действительно что-то не так». Это заставило ее почувствовать злость и обиду. Когда она чувствовала себя так, ей было трудно сосредоточиться, или она сдавалась и вообще прогуливала школу. Психотерапевт Тары спросил: «Верна ли эта мысль? Разве неразумно все еще чувствовать себя грустным или расстроенным после того, что случилось с вашим отцом?» Тара обдумала это и затем ответила: «Нет». Затем психотерапевт спросил: «Тогда что же является более точной мыслью»? – «Директор школы не понимает, каково это – потерять своего отца, как я». – «А когда ты об этом думаешь, как ты себя чувствуешь?» – спросил ее психотерапевт. – «Я злюсь на него за то, что он сказал, но я не чувствую, что со мной что-то не так». – «А если ты будешь чувствовать себя так же, как сейчас, как ты будешь

себя вести?» – «Я постараюсь изо всех сил не дать ему добраться до меня. Я так просто не сдамся», – сказала Тара. Мать также разработала когнитивные стратегии совладания со стрессом для себя, чтобы избавиться от бесполезных или неправильных мыслей.

После завершения практики Тара согласилась написать рассказ о травме. Она начала с описания своей семьи до отъезда отца в Ирак, включая ее отношения с отцом, а затем описала его командировку, свою связь с ним, пока он был в отъезде, и день, когда она узнала о его смерти. Она также включила главу о том, что произошло с тех пор. После завершения повествовательного раздела Тара обработала нефункциональные мысли – например, что она должна была «знать», что он будет убит, и что она должна была предупредить его «не быть героем и не делать рискованных вещей, чтобы спасти жизни других солдат». Когда она закончила свое повествование, Тара поделилась им с матерью во время совместных детско-родительских сессий. Поскольку психотерапевт каждую неделю делился тем, что писала Тара, с матерью (с разрешения Тары), ее мать была готова и была в состоянии поддержать дочь во время чтения ее истории. Хотя все происходило очень эмоционально, и обе плакали, Тара почувствовала огромное облегчение, когда смогла открыто поговорить о своих чувствах с матерью, и мать похвалила Тару за то, что она смогла сделать это, сказав ей, как гордился бы ею отец.

После завершения травмоориентированного компонента Тара была готова была перейти к конкретным действиям, чтобы справиться со скорбью. Она и ее психотерапевт играли в «игру скорби», чтобы начать говорить о горе, тяжелой утрате и трауре. Тара плакала во время некоторых частей этой игры, и терапевт спросил, нормально ли плакать, когда говорят о ком-то, кто умер. – «Я боюсь, что если позволю себе начать грустить, то буду плакать и плакать, и никогда не перестану». Психотерапевт заверил Тару, что именно так чувствуют себя многие скорбящие люди, даже служащие в армии, и что слезы – это начало исцеления. Тара начала всхлипывать – впервые после смерти отца. Потом она почувствовала себя «усталой и опустошенной, но и немного лучше». Психотерапевт предположил, что это может повториться еще много раз и что именно так скорбящие люди испытывают боль от потери того, кого они так сильно любят. На следующем сеансе Тара сообщила, что плакала больше и больше не боялась этого; она пошла

к матери, и это помогло ей почувствовать себя лучше. Тара придумала акроним имени своего отца, в котором перечислялись вещи, которых ей не хватало в нем. Когда ее попросили написать письмо отцу о «незавершенных делах», Тара охотно согласилась. В своем письме она спрашивала, страдал ли ее отец перед смертью и успел ли он попрощаться с Тарой и ее матерью перед смертью, и говорила ему, что любит его и будет им гордиться. В воображаемом ответном письме от отца Таре говорилось, что он не чувствовал никакой боли, что его последние мысли были о Таре, что он очень гордится ею и хочет, чтобы она поступила в колледж, вышла замуж и вела счастливую жизнь.

Тара и ее мать собирали некоторые вещи, чтобы сделать альбом памяти об отце. Это было не только болезненно, но и весело для Тары, так как она узнала много нового о детстве своего отца и как он ухаживал за матерью, чего раньше не знала. Она написала рассказ, сопровождающий памятные вещи под названием «Свобода никогда не бывает свободной: жизнь и смерть солдата», и представила его в качестве проекта по гражданскому праву в школе. Она получила пятерку за этот проект, который Тара и ее мать рассматривали как искупление предыдущего негативного школьного опыта Тары, связанного со смертью отца. Затем Тара сделала два рисунка на воздушном шаре, один из которых был привязан к Земле, изображая то, что она могла удержать в руках, а другой – парящий в пространстве, изображал то, что она должна была отпустить. Она перечислила «счастливые воспоминания, картины, мою любовь к нему и то, что он научил меня уважать» среди вещей, которые она все еще могла удержать. Среди вещей, которые нужно было отпустить, она изначально указывала «быть с ним, гулять с ним, слышать его голос, обнимать его и гордиться им как солдатом, потому что он – павший солдат». Тара смогла обсудить последний пункт вместе со своим психотерапевтом, чтобы прийти к более ясному пониманию. Ее гордость за отца, который отдал свою жизнь, сражаясь на службе своей стране, была тем, за что она могла и должна была держаться.

Когда речь зашла о новых отношениях, Тара сказала: «Я не хочу новых друзей, я просто хочу вернуть своих старых подруг». Тара сказала, что скучает по Селе и винит себя в случившемся; она сомневалась, что Села когда-нибудь захочет снова подружиться с ней. Тара использовала технику ролевой игры «лучший друг» («если бы это случилось

с Селой и ты была бы ее лучшим другом, что бы ты хотела, чтобы она сделала, чтобы убедить тебя снова стать твоим другом?»). Это помогло ей решиться позвонить Селе и спросить, не согласится ли она выслушать рассказ Тары о травме и попытаться помочь ее прежде лучшей подруге понять, почему произошел разрыв. Тара позвонила Селе из кабинета психотерапевта, потому что нервничала из-за того, что могла услышать в ответ. К ее удивлению, после первоначального замешательства Села очень захотела увидеть Тару и услышать ее рассказ. Две девочки встретились, прочитали историю Тары и вместе поплакали о смерти ее отца. Они быстро возобновили свою дружбу и стали еще ближе, чем когда-либо. Тара и ее мать встречались, чтобы определить трудные даты (например, День отца, день рождения ее отца, день рождения Тары и ее матери, годовщина смерти ее отца, День памяти), которые могли бы послужить в будущем напоминанием о травме или горе, и они составили конкретные планы того, как справиться с этими датами оптимальным образом (например, составить план и предвидеть трудности). К концу лечения все симптомы у Тары исчезли. Тара и Села спланировали специальную поминальную службу по отцу Тары с посещением его могилы. Когда ее спросили, что она скажет другим подросткам, чьи близкие погибли, она ответила: «Я сначала думала, что мой отец хотел бы, чтобы я была жесткой. Но я поняла, что для того, чтобы заплакать, нужна смелость. Сколько вы плачете, настолько вы и любили».

Обобщения и выводы

Дети из семей военных обычно резилентны. На них воздействуют стрессоры, они подвержены травмам и потерям, специфическим для семей военных. Исследования постепенно способствуют расширению знаний о потенциальном риске и защитных факторах для детей военнослужащих, у которых развиваются проблемы с психологическим здоровьем. В настоящее время для детей военнослужащих разрабатываются меры вмешательства (и в некоторых случаях оценивается их эффективность), направленные как на повышение устойчивости, так и на удовлетворение особых потребностей детей, потерявших близких и получивших психические травмы. Сохраняются проблемы в плане

выявления детей, подвергающихся наибольшему риску развития проблем, связанных с травмами и потерями, разработки и тестирования оптимальных методов лечения, специфичных для детей военнослужащих, оптимального подбора методов лечения в конкретном случае и преодоления многочисленных препятствий на пути предоставления этих методов лечения детям, которые в них нуждаются. Каждая из этих проблем кратко рассматривается ниже.

Выявление детей с высоким риском психологической травматизации

Как отмечалось выше, большинство детей военнослужащих сохраняют резилентность даже после перенесенных серьезных психических травм или смерти родителей. В этой главе были перечислены несколько факторов риска развития травматических реакций. Поскольку не установлено однозначного соответствия между риском травматизации и развитием соответствующих симптомов и поскольку связанные с травмами психические расстройства, такие как ПТСР и депрессия, обладают значительным риском долгосрочного развития, имеет смысл проводить обследование на предмет проявления этих симптомов у всех детей, чьи родители-военнослужащие были тяжело ранены или убиты. Кроме того, в связи с влиянием на детей лиц, осуществляющих уход за детьми и работающих с детьми, целесообразно контролировать состояние психологического здоровья остающихся дома и привлекаемых к развертываниям лиц, осуществляющих уход за ребенком, до, во время и после развертываний или в случае смерти одного из родителей. Оценка состояния детей и лиц, осуществляющих уход за ними, может проводиться поставщиками первичной медико-санитарной помощи, или школами, или должна быть тщательно скоординирована с использованием ресурсов министерства обороны.

Разработка и апробация оптимальных специализированных методов лечения детей военнослужащих

Как указывалось, в этом отношении были приняты два альтернативных подхода. Первый заключается в разработке новых программ специально для детей военных (либо специально для нужд этих детей, как в случае с проектом FOCUS, либо адаптированных из гражданских

программ для аналогичных групп населения, таких как Лагерь Доброй Скорби TAPS). Второй заключается в том, чтобы начать с модели, которая была разработана и испытана для детей из гражданских семей, и либо использовать ее как есть, либо адаптировать для детей военных (например, TF-CBT-CTG). Любой из этих подходов имеет свои преимущества и недостатки. И то, и другое требует финансирования, участия членов семей военнослужащих и специалистов по психическому здоровью детей, времени и сотрудничества с военным командованием, а также признания и поддержки таких усилий со стороны военных ведомств. Оптимально было бы обеспечить координацию между различными видами вооруженных сил, чтобы свести к минимуму дублирование и признать острую нехватку военных специалистов по охране психического здоровья детей.

Сочетание методов лечения детей

Учитывая нехватку поставщиков услуг по лечению детей и признавая существование у многих семей военнослужащих предубеждения, связанного с лечением психического состояния, оптимальным является предоставление детям необходимого пакета услуг и отсутствие чрезмерного или недостаточного лечения. Некоторые дети лучше всего справятся с проблемами с помощью программ, основанных на повышении резилентности, другие – с помощью групповой поддержки, а третьи – индивидуальной терапии. Определение, какие дети нуждаются в том или ином уровне ухода, требует разработки соответствующего алгоритма. В настоящее время предпринимаются усилия по разработке алгоритма для детей, травмированных стихийными бедствиями; военные имеют доступ к разработке аналогичного алгоритма для детей, пострадавших от травмы и смерти родителей.

Преодоление препятствий на пути доступа к услугам

Целевая группа министерства обороны по вопросам психического здоровья (2007 г.) четко указала, что существуют многочисленные препятствия для семей военнослужащих, пытающихся получить доступ к услугам в области психического здоровья. Эти препятствия

особенно обременительны для семей, ищущих специализированные услуги для детей, и могут быть еще более серьезными для детей, чьи родители-военнослужащие умерли. Поставщики услуг TRICARE все чаще отказываются от детей военных, и лишь немногие специалисты имеют подготовку по моделям лечения, описанным в этой главе. По мере разработки и апробации новых методов лечения для детей военнослужащих следует рассмотреть вопрос о том, чтобы потребовать от TRICARE и других военных поставщиков провести обучение их персонала по этим моделям и продемонстрировать компетентность в их применении. Военные заслуживают того, чтобы их страна удовлетворяла важные потребности их детей. В случае убийства на развертывание, получения военнослужащими тяжелого ранения или их гибели, некоторые из их детей будут нуждаться в психологической помощи. Для удовлетворения этих потребностей мы обязаны разрабатывать и апробировать соответствующие методы лечения, проводить скрининг и выявлять детей военнослужащих, нуждающихся в помощи, а также предоставлять им соответствующие услуги в области психического здоровья.

Источники, на которые ссылаются авторы

Galovski, T., & Lyons, J. A. (2004). Psychological sequelae of combat violence: A review of the impact of PTSD on veteran's family and possible interventions. Aggression and Violent Behavior, 9(5), 477–501.

Hobfoll, S. E., Spielberger, C. D., Breznitz, S., Figley, C., Folkman, S., Leper-Green, B., Meichenbaum, D., Milgram, N. A., Sandler, I., Sraon, I., & Van der Kolk, B. (1991). War-related stress: Addressing the stress of war and other traumatic events. American Psychologist, 46(8), 848–855.

Lamberg, I. (2004). Military psychiatrists strive to quell soldier's nightmares of war. JAMA, 292(3), 1539–1540.

*Кент Д. Дрешер, Марисса Бургойн, Элизабет Касас,
Лорен Ловато, Эрика Карран, Илона Пивар и Дэвид У. Фой*

Г л а в а 13

ГОРЕ, УТРАТА, ЧЕСТЬ И ПАМЯТЬ: ДУХОВНОСТЬ И РАБОТА С ВОЕННОСЛУЖАЩИМИ И ЧЛЕНАМИ ИХ СЕМЕЙ

Война – это опыт, который меняет жизнь многих военнослужащих. Как уже говорилось в предыдущих главах, о биологическом и психологическом воздействии войны на человека известно много. Цель этой главы – дать общее представление о той роли, которую духовность играет в восстановлении солдата после службы в военное время. Многие ветераны считают переход от развертывания к повседневности серьезным вызовом. Некоторые из них, все еще находясь на действительной службе, вернулись в места постоянной дислокации и вместе со своими семьями, возможно, готовятся к новому развертыванию; другие, находясь в резерве, вернулись домой к семье и карьере только для того, чтобы обнаружить нехватку ресурсов для удовлетворения своих потребностей. Хотя были созданы новые программы, такие как Программа перехода воинов (Warrior Transition Units) [к мирной жизни], они еще не полностью укомплектованы и не способны полностью удовлетворить текущие потребности. Многие уволенные с военной службы обнаружили длинные очереди на получение медицинских услуг в департаменте по делам ветеранов. Цель этой главы состоит в том, чтобы познакомить читателя с тем, каким образом духовность может стать потенциальным ресурсом для преодоления разнообразных утрат и стрессоров, связанных с развертыванием и возвращением домой.

Персонал вооруженных сил в боевых условиях часто тесно контактирует с многими видами травматических событий, угрожающих жизни. В дополнение к боям пехоты, которые обычно представляются, когда думаешь о войне в историческом аспекте, в Ираке самой рас-

пространенной причиной смерти стали самодельные взрывные устройства. Современные данные свидетельствуют о том, что 63% смертей во время войны в Ираке и Афганистане были вызваны этими устройствами. Травматические переживания запечатлевают сцены ужасной резни и смерти в памяти тех, кто пережил эти события – воспоминания, которые у многих возвращаются в сознание в повторяющихся кошмарах и через повседневные воспоминания о службе в травмирующей обстановке. Не все выживают после службы в зоне боевых действий, и те, кому это удастся, часто несут тяжелое бремя памяти о тех, кто погиб. Боевые потери во время войны – это широкий, многогранный и, вероятно, универсальный опыт. Обычно мы ассоциируем утрату со смертью – особенно со смертью близких нам людей; однако важно признать и другие серьезные формы утраты. Многие выжившие переживают последствия страшных ранений, приводящих к постоянной инвалидности как физической, так и психической. Может произойти потеря отношений с близкими друзьями, когда, возвращаясь домой, военнослужащий лишается поддержки в сплоченности своих подразделений, и иногда эта потеря распространяется на интимные отношения с супругами, партнерами, детьми, родителями и другими лицами, поскольку ветеран возвращается «не таким» как был, когда впервые отправился на развертывание. Военнослужащие могут испытывать потерю собственного «я», когда они обнаруживают, что внутренне изменились и не могут воспринимать мир и жить в мире так, как до ухода на войну. Может произойти потеря невинности в результате участия в кровопролитии и воздействия ужасов войны. Вместе с каждой из этих форм утрат приходит целый ряд эмоциональных переживаний – печаль и скорбь, иногда ярость и горечь, а часто, возможно, растерянность и сомнение в том, как лучше всего восстановиться.

На протяжении многих лет медицинские работники используют биопсихосоциальную модель как способ понимания взаимосвязанных факторов, связанных с оптимальным физическим и психическим здоровьем. В последние годы некоторые теоретики предложили включить в биопсихосоциальную модель духовность. Для многих людей духовность – важнейшая сфера жизни, которая влияет на повседневность и испытывает влияние повседневного опыта. Это также область, которая часто игнорируется или недооценивается профессиональными

ми медиками отчасти из-за различий точек зрения медработников и пациентов, а также из-за отсутствия подготовки медицинских работников в этой области; однако все большее число исследований свидетельствует, что духовность и религиозность весьма актуальны для поддержки персонала вооруженных сил, возвращающегося из зоны военных действий.

Определения религиозности и духовности

Для целей этой главы мы определяем религию как систему верований, ценностей, ритуалов и практик, разделяемых социальным сообществом как средство переживания и установления связи со священным или божественным. И мы в широком смысле определяем духовность как индивидуальное понимание, переживание и связь с тем, что выходит за пределы нашего «я». Объектом такого понимания, переживания и связи может быть Бог, или природа, или высшая сила, или что-то еще, имеющее отношение к человеку и важное для конкретного индивида. Духовность человека может быть реализована в религиозном контексте, или же она может быть совершенно отдельной и отличной от религии любого рода. Однако в большинстве случаев религия может быть понята как духовное по своей природе, причем духовность служит более общим способом описания опыта. Кеннет Паргамент (1997) предложил краткое, но мощное определение религии как «поиска значимости в отношениях, связанных со священным». Другие определяли духовность как «многомерное пространство, в котором может находиться каждый» (Larson, Swyers, & McCullough, 1997). В обзоре Миллера и Торесена (1997) приводится ряд полезных определений религиозности и духовности. Авторы обращают особое внимание на индивидуальную и корпоративную природу этих двух терминов. С точки зрения психического здоровья оба эти конструкта могут быть концептуализированы как практики, убеждения и переживания.

В первом разделе этой главы мы даем обзор исследований, охватывающих области духовности, посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), травматического ущерба от тяжелой утраты, ущерба от физической инвалидности, включая черепно-мозговую травму (ЧМТ) и травму спинного мозга (ТСМ). Во втором разделе мы

описываем траектории, по которым может развиваться коррективная [психического состояния] после развертывания, выявляем некоторые специфические риски службы в боевых условиях и пытаемся выработать предложения для медицинских работников и семей военных по тому, как духовность может быть включена в процесс восстановления после многочисленных и разнообразных утрат, понесенных военнотружущими в военное время.

Прежде чем перейти к резюме исследований, посвященных духовности, травме, инвалидности и скорби, следует сделать несколько замечаний. Во-первых, существует нехватка исследований в области психического здоровья и медицинских журналов, изучающих роль духовности. Исследования, проведенные в 1980-х и начале 1990-х годов, показали, что только от 1 до 3% опубликованных журнальных статей по психологии, психиатрии и медицине касались духовности. Кроме того, в рамках этого небольшого процента статей во многих из них читатель сталкивается с проблемой использования «доморощенных», часто не проверенных показателей измерения духовности. Это приводит к появлению большого количества литературы, из которой трудно воспроизвести полученные результаты из-за отсутствия общих для всех исследований показателей. В 1998 году Национальный институт здравоохранения создал рабочую группу и поставил перед ней задачу прийти к консенсусу относительно наилучших способов измерения различных аспектов духовности при исследовании здоровья. В итоговом документе описываются 12 различных областей духовности, потенциально полезных для измерения, и даются рекомендации по составлению длинных и коротких версий шкал в каждой области. Обзор литературы о травме и духовности указывает на наличие двух траекторий взаимодействия с духовным опытом в контексте травматического переживания. Во-первых, существует разнородная поддержка основной гипотезы, свидетельствующей, что здоровая духовность связана с несколькими положительными исходами после получения травмы. Однако есть также некоторые признаки того, что травматические переживания могут переключить духовные убеждения, поведение и мировоззрение человека в непродуктивных направлениях, негативные оценки веры иногда бывали вызваны ухудшением здоровья.

Травматические переживания, ПТСР и духовность

Чтобы лучше понять связь между травматическими переживаниями и духовностью, был проведен обзор литературы с использованием нескольких компьютерных баз данных (PsychInfo, Proquest, Medline, Pilots, Academic Search Elite) для выявления исследований, удовлетворяющих критериям поиска, имеющим отношение к конструктам духовности, религии и травмы. С целью обеспечения точных в научном смысле результатов рассматривались только эмпирические исследования с участием 30 или более человек; 55 исследований соответствовали этим критериям, они охватывали изучение широкого спектра травматических переживаний. Участники исследований подвергались физическому и сексуальному насилию в детстве или будучи взрослыми, получали травмы, связанные с боевыми действиями, воздействием факторов войны, террористическими атаками, стихийными бедствиями, неожиданной/насильственной смертью члена семьи и опасными для жизни заболеваниями. Часть этой литературы посвящена изучению взаимосвязи между воздействием травм, духовностью и качеством жизни. Эти исследования в целом показывают, что духовность связана с повышением качества жизни, улучшением общего психического здоровья и снижением психопатологии среди конкретных групп населения, испытывавших травматические переживания. В двух исследованиях департамента по делам ветеранов духовность ассоциируется с повышением качества жизни и снижением психопатологии в группах ветеранов, подвергшихся сексуальному посягательству и сексуальному насилию. Оценки по показателям общего психического здоровья положительно коррелировали с религиозностью женщин-ветеранов с сексуальным насилием в анамнезе и без него. Сообщалось о более частом посещении религиозных обрядов мужчинами-ветеранами, испытывавшими в прошлом сексуальное насилие. Кроме того, одобрение религиозных убеждений как источника силы и душевного комфорта соотносилось с более низким уровнем депрессии среди мужчин-ветеранов.

Результаты исследования, не относящегося к ветеранам, показывают, что афроамериканки – жертвы сексуального насилия, сосредоточившиеся после изнасилования на духовном росте, были более

склонны к восстановлению прежнего уровня психологического благополучия, в то время как те, кто не стремился расти духовно, остались на сниженном уровне. Изучение специфических типов духовного совладания и их связи с тяжестью переживаний показывает, что среди взрослых мужчин и женщин, переживших жестокое обращение в детстве, негативное духовное совладание (оценка Бога как карающего, гнев на Бога) соотносится с большим страданием, в то время как позитивное духовное совладание (установки и поведение, обогащающие духовный опыт) соотносится с уменьшением страданий. Более высокие уровни духовности соответствовали меньшему количеству зарегистрированных симптомов расстройства пищевого поведения среди женщин, переживших сексуальное насилие, а более высокое духовное благополучие соответствовало более низкой психопатологии.

Литература, изучающая духовность в контексте угрожающих жизни заболеваний, иллюстрирует различные точки зрения относительно духовности. В большинстве исследований духовность ассоциируется с повышением качества жизни, удовлетворенности жизнью и психического здоровья больных раком. Среди больных раком духовное благополучие и сила духовных убеждений были связаны с улучшением качества жизни. Духовность была связана со способностью наслаждаться жизнью, испытывая симптомы болезни; религиозные убеждения, активность и взаимоотношения были связаны со счастьем, удовлетворенностью жизнью и более низкими уровнями боли, а более стойкие надежды и более низкий уровень негативного настроения были отмечены у людей с высоким духовным, религиозным и экзистенциальным благополучием. Религиозные и экзистенциальные убеждения также были связаны с более высокими уровнями семейной и социальной адаптации, психологического здоровья. Кроме того, духовное благополучие было связано с меньшей тревожностью по поводу своего состояния; однако было обнаружено, что религиозное благополучие не связано с более низким уровнем личностной тревожности, и в одном исследовании не было обнаружено никакой связи между религиозным совладанием и качеством жизни и физиологическим влиянием рака.

Некоторые исследования показали, что культурные факторы могут влиять на связь между духовностью и показателями здоровья

среди выживших после рака молочной железы. В то время как внутренняя религиозность (приверженность религии ради нее самой) в большей степени определяла показатели надежды и духовного благополучия у кавказских женщин, ни один тип религиозности не был более заметен в выраженности надежды и духовного благополучия среди испаноязычных женщин. У долго болевших раком пациентов повышение качества жизни было связано с позитивными духовными изменениями, а также с надеждой и целеустремленностью. К тому же, более вероятно, что женщины с позитивным философским или духовным взглядом на жизнь, пережившие рак в течение продолжительной болезни, имели здоровые привычки и поддерживали других, что приводило к позитивным психологическим состояниям и удовлетворенности жизнью.

Несмотря на то, что результаты исследований духовности и здоровья пациентов с положительным результатом на вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) и пациентов с синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД) неоднозначны, большинство исследований показывают, что духовность связана с повышением качества жизни и удовлетворенности жизнью. Среди людей, инфицированных ВИЧ или больных СПИДом, духовность или религиозность были связаны с улучшением качества жизни. Духовное благополучие было связано со способностью наслаждаться жизнью, испытывая симптомы болезни, религиозность была связана со здоровьем и функционированием людей с ВИЧ, а религиозное совладание было связано с более низкими уровнями депрессии. В дополнение к сказанному, в одном исследовании не было обнаружено связи между религиозным совладанием и качеством жизни у преимущественно афроамериканских женщин, инфицированных ВИЧ.

Связь между духовностью и благополучием среди неизлечимо больных пациентов в настоящее время не очень хорошо изучена. В то время как некоторые исследования показывают, что более высокая религиозность в большей степени связана с женским полом и тяжестью болезни, чем с благополучием среди неизлечимо больных взрослых, другие исследования указывают на связь между духовностью и благополучием среди неизлечимо больных госпитализированных пациентов. Лечебные учреждения могут помочь пациентам в удовлетворении

их духовных потребностей путем организации визитов духовенства, оказания помощи в посещении часовен, содействия в создании духовно-дружественных условий и будучи открытыми для обсуждения вопросов, связанных с духовностью пациентов. Было также показано, что после террористических атак 11 сентября 2001 года духовный смысл и более сильная вера у студентов в сочетании с более высоким уровнем образования находятся в обратном отношении с депрессией и тревогой.

Духовность как защитный фактор и способ совладания

Духовность выполняет несколько функций по отношению к травматическим переживаниям. Во-первых, это может быть защитный фактор, помогающий смягчить последствия травматического опыта, что может привести к улучшению психического здоровья, или повышенная резилентность к комплексному ПТСР. В качестве средства совладания с травмой духовность, возможно, может порождать надежду, что приводит к большему чувству благополучия. Во-вторых, духовность может быть использована как метод преодоления травматических событий, помогая индивиду приписать травме смысл, почувствовать себя понятым или предоставить средства для привлечения дополнительной социальной поддержки. В процессе исследования ряда групп травмированных людей было обнаружено, что позитивное религиозное совладание положительно связано с повышением психического здоровья, а негативное духовное совладание связано с ухудшением психического здоровья. В целом было показано, что люди из различных религиозных конфессий используют свои религиозные и духовные убеждения для позитивного преодоления травматических событий; однако отдельные особенности частной религиозной точки зрения все еще могут неоднозначно определять ее полезность в качестве механизма преодоления стресса. Например, было показано, что религия сама служит скорее стрессором, чем буфером от стресса для женщин-католичек с раком молочной железы и женщин, переживших инцест в консервативных христианских семьях.

Вместе взятые эти данные свидетельствуют, что духовность может оказывать положительное воздействие на травмированного че-

ловека, повышая качество его жизни, выступая в качестве защитного фактора от неблагоприятных реакций на травму и помогая в качестве механизма совладания с травматическим событием. Травма, однако, может оказывать влияние на саму духовность и может либо усиливать, либо ослаблять ее как позитивный механизм преодоления травмы. Воздействие травмы может повлиять на духовность человека двумя способами. С одной стороны, травма может усилить опору на религию и укрепить духовные практики, и, наоборот, она может ослабить религиозную практику и привести к негативному сдвигу в представлениях индивида о благодати Бога и смысле жизни.

Положительные аспекты переживания травмы (включая духовность) часто называют *посттравматическим ростом* или *ростом состоятельности*. Перед лицом травмы люди могут демонстрировать рост своих духовных и религиозных практик и верований. В исследовании, проведенном вскоре после терактов 11 сентября, 90% респондентов сообщили, что «обращение к молитве, религии или духовным чувствам» является для них способом совладания (Schuster et al., 2001). Исследования медицинских пациентов показали рост духовности перед лицом угрожающих жизни заболеваний, причем пациенты демонстрируют увеличение частоты молитв, посещения церкви и духовной веры и демонстрируют больший религиозный и духовный рост, чем здоровые люди. Духовный рост также был отмечен у бывших заключенных, которые подвергались пыткам; однако было также обнаружено, что дополнительные факторы резилентности, такие как безопасная привязанность у взрослых, позитивная принадлежность к окружающим и сила личности, были связаны с посттравматическим ростом в этой популяции.

С другой стороны, многие люди, пережившие травму, настолько изменились после переживаний, что сообщают о «потере веры» и отворачиваются от своих прежних религиозных практик. Недавнее исследование ветеранов показало, что некоторые виды переживаний в зоне боевых действий были связаны с потерей веры в настоящее, а потеря веры, в свою очередь, была обусловлена более широким использованием услуг служб психологической помощи департамента по делам ветеранов. Опрос, проведенный среди ветеранов Вьетнама, проходивших стационарное лечение от ПТСР, показал, что почти 60% опрошенных

сообщили об «отказе от своей религиозной веры в зоне военных действий», а почти 80% – о «трудностях согласования пережитого в зоне военных действий с их религиозной верой» (Drescher & Foy, 1995). Грин и др. (1988) сообщили, что ветераны испытывают трудности в извлечении смысла из своего военного опыта. У тех ветеранов, которые стали жертвами военной сексуальной травмы, также были обнаружены более низкие уровни веры и духовной практики.

Кроме того, травматические переживания могут вызвать у людей негативное восприятие Бога как гневного и неодобряющего. Для тех, кто пережил сексуальное насилие в детстве, это особенно верно, поскольку они сообщают о более негативистских убеждениях о Боге и снижении духовного участия и практики, чем те, кто не подвергался насилию. Эти негативные оценки включают в себя то, что называется негативным религиозным совладанием, они были связаны с более тяжелым ПТСР и депрессией в популяции обращающихся за лечением ветеранов боевых действий.

Получило хорошую эмпирическую поддержку предположение, что духовность связана с улучшением качества жизни людей, переживших травму, а также что она может быть полезным методом преодоления этих переживаний; однако сами травматические переживания могут существенно влиять на духовность как в позитивном, так и в негативном направлении. Если духовность снижается из-за травмы, то этот важный инструмент совладания может перестать быть доступен человеку, чье качество жизни и психическое здоровье могут быть дискредитированы. Однако имеется ряд ограничений, поскольку определения духовности и религии в различных современных исследованиях противоречивы, что ставит под вопрос, измеряется ли именно данный конструкт. Существуют также серьезные проблемы, связанные с выбором показателей. Данные проблемы ограничивают сопоставимость результатов различных исследований и уменьшают статистическую способность выявлять значимые результаты. Очень немногие исследования посвящены именно ветеранской популяции. Специфические особенности воздействия боевых травм могут по-разному влиять на духовность, поэтому в этой области необходимо проводить дополнительные исследования.

Травматическая утрата, инвалидность и духовность

Смерть – неотъемлемый элемент войны, и большинство участников войны прямо или косвенно соприкасаются с ней. Исследование солдат и морских пехотинцев, предпринятое после начальной фазы войны в Ираке и Афганистане, показало, что 92% военнослужащих сообщили о личном знакомстве с кем-то серьезно раненным или убитым, 75% сообщили о том, что видели мертвые тела, а 42% сообщили о том, что во время службы им приходилось иметь дело с человеческими останками. Потеря тех, к кому привязан, – это, пожалуй, одно из самых болезненных человеческих переживаний. Страдание от утраты на самом деле может быть биологически запрограммировано для нашего вида. Переживание чувства горя и утраты является нормальным, когда со смертью сталкиваются в зоне боевых действий, но некоторые люди испытывают эти чувства достаточно долго. В последние годы в области психического здоровья было проведено много теоретических дискуссий о горе. В течение последнего десятилетия или около этого исследователи установили, что предсказуемая картина проблем возникает у тех, кто не может оправиться от потери, особенно потери, обусловленной воздействием травматических средств. Вначале это называлось *травматическим горем*, а затем *осложненной скорбью*, когда было признано, что люди, не подвергавшиеся травмирующим событиям, также испытывали трудности с восстановлением. Совсем недавно специалисты из области психического здоровья начали склоняться к распознаванию расстройства, называемого *длительным расстройством от скорби*. Пивар и Филд (2004) обсуждают отличающиеся от ПТСР уникальные паттерны травматической вины ветеранов Вьетнама, претерпеваемой без специального лечения скорби.

Еще одним аспектом бремени утрат, которое несут возвращающиеся военнослужащие, является необходимость справляться с травмами и инвалидностью. Недавний доклад Конгрессу иллюстрирует масштабы этого несчастья. По состоянию на август 2007 года из Ирака была проведена медицинская эвакуация 36 471 человека. Причины, по которым была проведена медицинская эвакуация, включали боевые травмы (22,4%), небоевые травмы (20,5%) и болезни (57,2%). Серьезные ранения, сопровождавшиеся ампутациями конечностей, на поле боя полу-

чили 1005 человек и 3294 человека получили травматические повреждения мозга (ТПМ). На долю взрывных устройств приходилось 48,6% случаев ампутации и 69% случаев ТПМ; 16% ампутированных лиц потеряли несколько конечностей. Кроме того, персонал вооруженных сил получает травмы спинного мозга (94 человека), травмы, приводящие к слепоте (48 человек; на долю боевых травм глаз приходится 15,8% медицинских эвакуаций) и тяжелые ожоги (598 человек) (Carlock, 2007). Другие оценки количества ТПМ предполагают, что фактические цифры могут значительно превышать цифры, сообщаемые министерством обороны. Травматическое повреждение мозга считалось характерной травмой у тех, кто участвовал в боевых действиях в рамках операции «Иракская свобода»/«Несокрушимая свобода» (OIF/OEF). Данные предыдущих войн свидетельствуют, что примерно 20% раненых военнослужащих имели первичные или сопутствующие травмы головы, а показатели ТПМ в OIF/OEF, как полагают, еще выше.

В недавней статье (Ahlstrom, 2007) был выявлен ряд категорий утрат, которые испытывают люди, ставшие инвалидами из-за хронических заболеваний. Большинство из них применимо к инвалидам, получившим травму в зоне боевых действий. Выявленные типы утрат включают:

- потерю телесных функций,
- потерю социальных и межличностных отношений,
- потерю автономной жизни,
- потерю воображаемой жизни,
- потерю социальных ролей,
- потерю рода деятельности,
- потерю идентичности и
- потерю возвышающих эмоций.

Хьюсон (1997, с. 1134) хорошо резюмировал эту точку зрения: «И тяжелая утрата, и потеря способности могут быть концептуализированы как события, которые часто оцениваются индивидом как стрессовые. Степень и характер стресса зависят от таких факторов, как личностный смысл, контекст и доступные ресурсы совладания. Вместо того, чтобы концептуализировать реакцию на утрату как паттерн огорчения, ответные реакции человека на стресс, который он может рационально оценить, можно рассматривать как копинг-стратегии (эмоци-

онально-ориентированные и проблемно-ориентированные), которые пытаются управлять велениями, диктуемые стрессом».

Учитывая длительное влияние боевых повреждений и инвалидности на жизнь возвращающихся ветеранов и членов их семей, а также потенциальную роль, которую духовность может играть в восстановлении качества жизни, пусть и не в полной мере, обобщим небольшой объем литературы, посвященной травматической утрате, инвалидности и духовности. Следует признать, что очень немногие научные исследования в этих областях были посвящены изучению проблем ветеранов вооруженных сил. Следует проявлять осторожность при попытках обобщения результатов исследований от одной популяции к другой. Литература, рассматриваемая в этом разделе, посвящена специализированным исследованиям, изучающим воздействие на психику человека тяжелой утраты вследствие травматической смерти, ТПМ, повреждения спинного мозга (ПСМ) и общей инвалидности. В реабилитационных учреждениях проводится много исследований, содержащих данные об инвалидах. Несколько компьютерных баз данных были использованы для поиска соответствующей литературы по этим типам потерь и духовности. Было выявлено пятнадцать исследований по духовности, которые изучали людей, переживших внезапную утрату после травматических событий; недавно был опубликован всеобъемлющий обзор всех исследований по утрате и духовности. В области инвалидности был проведен 1 обзор литературы и изучено 34 исследования, посвященных лицам, страдающим ревматоидным артритом, рассеянным склерозом, ампутацией, черепно-мозговой травмой, травмой спинного мозга, инсультом, раком, трансплантацией органов, легочными заболеваниями, общей слабостью и неврологическими синдромами.

Из-за нехватки исследований по ТПМ подверглись изучению как количественные, так и качественные исследования с любым количеством участников. Обзор выявил шесть количественных исследований и одно качественное исследование. Не было найдено ни одной статьи, в которой изучались бы ТПМ, приобретенные в ходе боевых действий; скорее всего, большинство участников страдали от ТПМ, вызванных автомобильными катастрофами или инсультом. В двух исследованиях были отобраны пациенты, проходящие реабилитацию в стационаре, а

в остальных – пациенты с ТПМ, проживающие в общине. Участники представляли оба пола с широким возрастным диапазоном (от 16 до 65 лет) и с продолжительностью инвалидности от полутора до 11,5 лет.

В 2000 году Управление здравоохранения ветеранов сообщило о 19 238 пациентах с травмами спинного мозга; 51% травм были получены на службе. Травма спинного мозга у ветеранов является распространенным заболеванием высокого риска возникновения. Критерии отбора исследований включали все количественные и качественные исследования, с любым размером выборки, которые изучали связь между травмой спинного мозга и духовностью. Из 18 исследований, признанных удовлетворяющими критериям, 12 исследований были количественными, 5 – качественными, а в 1 исследовании использовались смешанные методы. В основном в исследованиях были представлены популяции, состоящие из взрослых кавказских мужчин и женщин, лечившихся стационарно, амбулаторно и находившихся на домашнем лечении. Возраст в отобранных популяциях широко варьировался на протяжении периода зрелого возраста, время, прошедшее после травмы, варьировалось от 0 до более чем 10 лет, а уровень травматизма в целом варьировался и в пределах одного исследования, и между исследованиями, включая лиц с параплегией¹ и квадриплегией/тетраплегией².

Наконец, был проведен обзор, посвященный теме «общая инвалидность». Под этим мы понимаем исследования, в которых представлены участники с самыми разнообразными физическими ограничениями. Было обнаружено восемь количественных исследований, одно исследование использовавшее смешанные методы и один обзор литературы, которые удовлетворяли вышеуказанным критериям. Из девяти проведенных исследований пять были продольными, а четыре – поперечными. Исследования были в основном когортными, использовавшими выборки, набранные в хосписах, амбулаторных уч-

¹ Параплегия – односторонний паралич, зависящий от поражения нервных узлов одной половины головного мозга.

² Квадриплегия – частичный либо полный паралич всех четырех конечностей. Тетраплегия – полный или частичный паралич верхних и нижних конечностей, чаще всего вызванный травмой спинного мозга с 1 по 8 уровень шейных позвонков.

реждениях, амбулаторно-поликлинических учреждениях, частных и государственных учреждениях домашнего лечения и реабилитационных центрах. В то время как семь из девяти источников изучали людей с широким спектром инвалидности, включая ампутацию, травму спинного мозга, черепно-мозговую травму, инсульт, рак, трансплантацию органов, легочные заболевания, общую слабость и неврологические синдромы, два исследования были сосредоточены на конкретных формах инвалидности, ограничившись участниками, которые обращались за лечением ревматоидного артрита, а также лицами, у которых был диагностирован рассеянный склероз. Три исследования были сосредоточены исключительно на пожилых людях, и для трех исследований были отобраны выборки, состоявшие преимущественно из женщин. В нескольких исследованиях участвовали преимущественно выходцы с Кавказа, которые называли себя христианами, протестантами или римско-католиками.

Духовность у переживших тяжелую утрату и инвалидов

Среди людей с различными формами инвалидности и болезненными состояниями, включая ПСМ, большинство считали Бога, веру или религию значимыми в своей жизни. Этими людьми вера определялась как средство преодоления и противодействия негативным чувствам; как общая форма помощи; как проводник силы, выносливости и взаимосвязанности; и как источник чувства общности. Большинство людей с ПСМ указали на наличие духовных убеждений или участие в каком-либо типе религиозной практики, включая экзистенциальное, религиозное или неконкретное духовное совладание, умеренное или более высокой интенсивности. Среди людей, переживших потерю близкого человека в результате убийства, наличие религиозной веры соотносилось с меньшим количеством обращений за лечением, а скорбь и страдания были ниже, чем у тех, кто не обращался за лечением. Среди людей, которые прожили с ПСМ более 20 лет, большинство указали на наличие сильной веры, которая обеспечивает личностное общение с Богом и помогает им справиться с инвалидностью. В исследовании, посвященном изучению неизлечимо больных людей, было продемонстрировано, что подавляющее большинство этой популяции

имеют сильную духовную связь. Исследования, более пристально изучающие эту духовную связь, показывают, что люди, столкнувшиеся с неизлечимой болезнью, чувствуют, что у них есть личные отношения с Высшей Силой, и часто полагают, что они зависят от этой Высшей Силы. Точно так же исследования показывают, что вера является важной частью жизни для большинства людей, страдающих той или иной формой инвалидности. Поддержание той или иной формы духовной или религиозной связи дает людям с ампутированными конечностями ряд физических и психологических преимуществ. Более конкретно, исследования показывают, что религиозные люди с ампутированными конечностями, испытывают большее социальное, функциональное, физическое и эмоциональное благополучие, чем их нерелигиозные товарищи по несчастью.

Приспособление к инвалидности

Что касается физической и психологической адаптации, то роль духовности как потенциального посредника в этой адаптации представляется неопределенной. Мадьяр-Рассел (2005), например, предполагает, что позитивное и негативное религиозное совладание действует как значительный частный медиатор, таким образом, духовность связывается с оценкой успешности психологической адаптацией после травмы. Подобным образом, результаты исследований показывают, что инвалиды, имеющие ограниченную зависимость от духовного благополучия, часто находятся на более низких уровнях психологической адаптации к своему физическому состоянию. Однако результаты другой работы не смогли подтвердить идею, что духовность облегчает физическую или психологическую адаптацию страдающих до изнурения.

Религиозные оценки, связанные с инвалидностью

Исследования показали, что многие люди обычно приписывают положительный религиозный смысл отталкивающим физическим событиям; например, значительная часть тех, кто сталкивается с неприятными событиями, таким как ампутация или авария транспортного средства, сообщают о вере в потерю или разрушение освященного

предмета. Если проследить, как изменялись по времени духовные оценки, сделанные лицами с ограниченными физическими возможностями, окажется, что чувство утраты освященного предмета наиболее сильно сразу после наступления инвалидности; однако оно значительно ослабляется, когда пациент выписывается из реабилитационного центра. Одна из гипотез, объясняющих, почему восприятие пациентами утраты освященного предмета является наиболее сильным при поступлении на реабилитацию, заключается в том, что они могут испытывать тревогу и неуверенность при своих физических ограничениях, а также в вероятности выздоровления. Таким образом, к моменту выписки из реабилитационного центра инвалиды могут чувствовать себя более здоровыми, сильными и уверенными в своей способности функционировать с большей независимостью.

Духовность как социальная поддержка

В качестве социального преимущества духовности можно отметить, что инвалиды, занимающиеся религиозными практиками, более часто взаимодействуют с друзьями, а также более часто соблюдают праздники. Среди родителей, переживших смерть ребенка от синдрома внезапной детской смерти (СВДС), посещение церкви было связано с улучшением психологического состояния за счет увеличения значимости социальной поддержки. Для вдов, потерявших своих мужей после аварии на шахте, вовлеченность в религиозное сообщество соотносилась с улучшением качества жизни, а напряженность религиозной жизни – с повышением уровня счастья. В выборке, состоящей преимущественно из женщин и афроамериканцев, переживших убийство близких, религиозная поддержка совладания связывалась с более низким уровнем страдания, но не ПТСР, в то время как религиозная мольба и роптание на Бога обуславливали более тяжелую ПТСР. Поттер и Заусневски (2000) обнаружили, что социальное воздействие состояния инвалидности служит значимым и независимым предиктором уровня духовности индивида. Исследования показывают, что посещение религиозных служб для людей с ограниченными возможностями выполняет более важную социальную, а не религиозную функцию.

Духовность по отношению к смыслу и предназначению

В контексте ТПМ духовность часто определяется как ощущение собственного предназначения и вклада в личные взаимоотношения. Люди, возвращающиеся к работе после ТПМ, особенно те, кто испытывает трудности, сообщают о возросшем чувстве личностного смысла, указывая, что достижение триумфа, после прохождения через невзгоды, может породить возрастание ощущения собственного предназначения. Люди с ТПМ также сообщают о возрастании этого ощущения вследствие околосмертного опыта травматических событий, предполагающего более глубокое осознание себя как смертного и ограниченного [обстоятельствами] человека. Среди родителей, потерявших ребенка в результате несчастного случая или насилия, религиозное совладание было связано с обретением смысла, а через смысл – с улучшением здоровья и взаимоотношений. Аналогично, положительная значимая связь между религиозными убеждениями и наличием жизненной цели и смысла была обнаружена у людей с ПСМ. Кроме того, было также отмечено возрастание ощущения предназначения в жизни и жизненных событиях после инвалидности или ухудшения здоровья. Люди, считающие, что их инвалидность имеет определенную цель, с большей вероятностью приписывают ее Богу.

Изменения в духовности после наступления инвалидности

Среди лиц с ТПМ или с другой инвалидностью или болезненным состоянием, большинство указывает на изменение в духовности после инвалидизации или ухудшения состояния здоровья. Почти половина людей, переживших ПСМ или иную форму инвалидности, сообщили об укреплении своей веры, другие восприняли свою инвалидность как препятствие для своей веры, а меньшинство указало на отсутствие изменений в вере после травмы. Исследования ТПМ и духовности продемонстрировали эти расходящиеся духовные пути. Халлетт, Застер, Маурер и Кэш (1994) обнаружили, что более половины участников их исследования упомянули о не изменившемся у них после ТПМ чувстве религиозной сопричастности, но в то же время 21,4% указали на возрастание этого чувства. Качественное исследование, проведенное

Макколл и др. (2000), обнаружило, что в группе людей с ТПМ после получения травмы наблюдалось как повышение, так и понижение уровня духовности. У лиц с ПСМ и другими нарушениями или болезненными состояниями после наступления инвалидности отмечалось как увеличение, так и уменьшение интенсивности религиозных практик, таких как молитва и посещение церкви, а также духовных оценок, включая осознание инвалидности как утраты святости¹ и осквернения. Потеря святости относится к восприятию утраты считавшегося священным предмета (например, человеческого органа или конечности), тогда как осквернение относится к воспринимаемому надругательству над таким предметом. Среди некоторых людей с ПСМ или ТПМ духовные изменения включали повышение самосознания и самооценки, рост осознания собственной уязвимости и смертности.

Удовлетворенность жизнью и качество жизни

В недавних исследованиях было показано, что в группах пациентов, находящихся на реабилитации, духовность также связана с большей удовлетворенностью жизнью и качеством жизни. Кроме того, те инвалиды, выбирающие негативные религиозные методы совладания, по-видимому, испытывают большие трудности с возвращением к повседневной жизни. В нескольких выборках людей с ТПМ было показано, что духовность или религиозность находятся в обратной зависимости с депрессией, страхом и тревогой. И наоборот, было обнаружено, что религиозность или духовность положительно связаны со счастьем, ощущением сопричастности и повышенным качеством жизни. Духовность была связана с повышением качества жизни и удовлетворенности жизнью у людей с ПСМ и другими нарушениями или болезненными состояниями. Среди людей с ПСМ или другой формой инвалидности или болезненного состояния недуговое благополучие коррелирует с более низкой удовлетворенностью жизнью, качеством жизни и общим здоровьем, чем у людей с религиозными или экзистенциальными убеждениями. В дру-

¹ Потеря святости (sacred loss) – когнитивная оценка события, связанного с утратой или нарушением чего-то, обладающего священными качествами или воспринимаемого как проявление Бога. Очевидно, такая позиция исходит из убеждения верующего, что тело человека – храм Божий.

гих исследованиях отмечалось, что экзистенциальная духовность обычно коррелировала с более высоким качеством жизни, удовлетворенностью жизнью и общим здоровьем, чем религиозная духовность.

Духовность и ее влияние на физическое или психическое здоровье

Исследования показывают, что многие инвалиды считают, что их духовное здоровье положительно влияет на здоровье физическое. Было продемонстрировано, участие в религиозных практиках оказывает долгосрочное воздействие на здоровье и благополучие, что приводит к улучшению функционирования инвалидов. Исследования в сфере психологии показывают, что инвалиды, участвующие в религиозной деятельности, испытывают повышенный уровень оптимизма и больший позитивный аффект; однако связь между духовностью и участием в религиозных практиках и депрессивными симптомами недостаточно изучена. Некоторые исследования показали, что низкий уровень духовности является предиктором тяжести депрессии, но другие исследования не обнаружили у инвалидов никакой связи между этими параметрами. Наконец, несколько выборок людей с ТПМ показали обратные связи между духовностью и депрессией, страхом и тревогой.

Посттравматический или состязательный рост

В литературе высказывается предположение, что посттравматический рост после ТПМ увеличивается с течением времени. Исследование, сравнивающее тех, кто недавно получил травму, с теми, кто жил с этой травмой в течение некоторого времени, обнаружило большую степень посттравматического роста в последней группе. Еще большее значение имеет лонгитюдное исследование Мадьяра-Рассела (2005), которое выявило увеличение посттравматического роста с течением времени. В дополнение к духовности были выявлены и другие факторы, оказывающие большое влияние на исцеление людей с ТПМ. Социальная поддержка, по-видимому, является наиболее влиятельным элементом восстановления психического здоровья после ТПМ, наряду с позитивным аффектом, чувством самоэффективности, надеждой, интеграцией в сообщество и повышением продуктивности деятельности,

либо как результат возвращения на рабочее место, либо как возобновление исполнения значимых ролей.

Духовность как форма совладания

Среди некоторых людей с ПСМ или другими ограниченными возможностями или болезненными состояниями духовность рассматривалась как механизм совладания, который помогал выжившим сохранять надежду и позитивную перспективу, быть благодарными за то, что они имели, и ослаблять контроль, а также противодействовать сомнениям. Согласно представлениям социальных работников и специалистов, работающих с людьми с ПСМ, последними используются две основные стратегии совладания: опора на связь с семьей и религию или духовность. Почти половина участников опроса указала что они прибегали к религии или духовности, чтобы справиться со своими переживаниями, по крайней мере иногда; однако некоторые люди с ПСМ указали, что духовность не вносит существенного вклада в воспринимаемую ими способность справляться [с проблемами], и было также обнаружено, что духовность ветеранов с ПТСР соотносима с духовностью гражданских лиц с ПСМ. Для людей, адаптирующихся после потери ребенка в результате несчастного случая или насилия, религиозное совладание за 4 месяца было связано с большим принятием [этого события] и, через принятие, с меньшим общим чувством страдания и меньшей ПТСР. Точно так же у тех, кто потерял ребенка в результате несчастного случая или убийства, позитивному религиозному совладанию сопутствовала меньшая скорбь, как и у тех, кто придерживался совладания, в высокой степени ориентированного на решение задачи.

Предложения по оказанию помощи возвращающимся ветеранам по обретению траектории роста и резилентности

Для многих процесс возвращения после разворачивания и реинтеграции с семьей и друзьями может быть большой радостью и облегчением, но для кого-то он может быть довольно трудным и напряженным. Положительным является тот факт, что большинство возвращающихся успешно адаптируются и реинтегрируются и продолжают жить той

частью своей жизни, которая была прервана на время развертывания; однако некоторые предполагают, что до одной трети возвратившихся столкнутся со значительными физическими или психологическими проблемами. Ранее мы упоминали, что континуум потерь включает в себя смерть в крайнем выражении, физическую и психическую инвалидность вследствие травмы и кумулятивного эффекта воздействия зоны боевых действий, а также иногда менее заметные изменения в представлениях индивида о себе, человечестве и мире.

В то время как ранние теории адаптации к горю и утрате описывали более или менее линейную последовательность прохождения через несколько поддающихся определению стадий адаптации, более поздние теории признают сложность и индивидуальность человеческого опыта, и некоторые теоретики предположили, что модель адаптации к стрессу и совладанию с тяжелой утратой и инвалидностью может лучше соответствовать наблюдениям исследователей. Модели совладания предполагают, что ситуативные оценки напрямую связаны с типом и интенсивностью эмоциональных реакций во время стресса, а также со стилем поведенческих реакций совладания. Стрессоры могут быть помещены в континуум, начиная от суеты повседневной жизни до серьезных изменений в жизни и заканчивая опасными для жизни травматическими событиями в самом крайнем выражении. В свете многообразия видов утрат, испытываемых военнослужащими в ходе развертывания и после него, а также вследствие индивидуального временного характера этих утрат, весьма полезной является модель понимания, как реагировать на утраты, учитывающая такую вариативность.

Обзор литературы, посвященной взаимосвязи между духовностью и ПТСР, травматической утратой и инвалидностью показал наличие двух траекторий роли духовности в отношении стрессовых и травматических переживаний в зоне боевых действий и после развертывания. Эти две траектории могут быть концептуализированы как траектория роста и резилентности и траектория напряженности, борьбы и повышенного риска возникновения проблем. Очевидные факты свидетельствуют, что негативные духовные последствия, такие как отрицательная оценка Бога и веры, утрата веры и трудности с прощением, могут возникать и возникают после травматических событий, и что эти переживания часто связаны с негативными последствиями для психиче-

ского здоровья, такими как более тяжелая форма ПТСР или депрессия. Не лишено оснований мнение, что духовность может процветать в посттравматической среде, что приводит к улучшению качества жизни и возникновению чувства благополучия, а также к уменьшению потребности в услугах служб психического здоровья.

Определение морального ущерба: в чем он совпадает с ПТСР и чем отличается от него

Чтобы причинять страдания и побеждать в битве человеческих воль, воины должны очерстветь сердцем, привыкнув к боли и ужасу, с которыми они сталкиваются. В партизанской войне, где повстанцы прячутся среди гражданского населения, эта бессердечность может распространиться на всех. В ходе военной подготовки, а затем находясь под многомесячным воздействием ужасающих событий в ходе многочисленных развертываний комбатанты могут закалиться настолько, что возвращение домой окажется для них очень трудным. Даже если совесть и даже, возможно, мораль в разгар битвы могут на некоторое время быть проигнорированы, чтобы обеспечить личное выживание и защитить своих друзей и союзников, когда война наконец закончится и начнется рефлексия, солдаты могут обнаружить, что они изменились, возможно, что они были «морально травмированы» своим опытом и своими поступками.

В течение многих лет клиницисты, исследователи и священники признавали, что у некоторых людей, участвовавших в боевых действиях, развиваются проблемы и симптомы, которые выходят даже за рамки диагностических критериев ПТСР. В бою поведение, запрещенное в других контекстах (например, убийство), санкционируется и даже поощряется, если оно совершается в соответствии с правилами ведения боевых действий. Интересно, что критерии ПТСР, определяющие характер травматических событий, не включают санкционированное нанесение травмы в бою. Некоторые теоретики предположили, что убийство в бою может повлечь эмоциональные и психологические последствия, выходящие за рамки диагностических критериев ПТСР, которые могут лучше соответствовать тому, что можно было бы назвать «моральной травмой» (Grosman, 1995; Макнейр, 2005).

Если травма определяется как ущерб или вред, причиненный человеку или понесенный им, то моральный вред может быть истолкован как ущерб или вред его моральному центру в результате событий, пережитых, увиденных или совершенных в зоне боевых действий. Некоторые травматические переживания в зоне боевых действий могут повредить представлениям людей о себе как о достойных людях и оставить их скованными искаженными представлениями о себе и своих врагах, которые окажутся вредными для их жизнедеятельности после того, как они покинут зону боевых действий. Бретт Литц, доктор философии, вместе с первым и последним автором этой главы и другим коллегой (Drescher, Litz, Rosen, & Foy, 2007) разработали рабочее концептуальное определение морального вреда следующим образом: это «нарушение уверенности индивида и его ожиданий относительно собственной или чужой мотивации или способности вести себя справедливым и этичным образом, вызванное свидетельствованием о предполагаемых аморальных действиях, неспособностью остановить такие действия или совершением аморальных действий, в частности действий, которые являются бесчеловечными, жестокими, развратными или насильственными, причинение боли, страданий или смерти другим людям». Изменения в самоощущении человека происходят в широком спектре, от снижения самооценки до ощущения себя парией, недостойным даже жить в среде цивилизованного общества. Часто социальная изоляция возникает в результате попыток не навязывать себя другим.

Риск морального вреда может быть очень высок в условиях повстанческой войны, когда вражеские комбатанты выдают себя за гражданских лиц и внешне не отличаются от них. Моральная травма связана с внутренним смятением, уходом [в себя], стыдом и скрытностью. Это может углубить моральный конфликт, поскольку военнослужащие лишаются возможности воспользоваться обратной связью от окружающих, которая помогла бы им исправить искаженные самооценки. Авторы считают, что эти нарушения в моральной направленности и ожиданиях могут привести к некоторым из следующих следствий: (1) негативные изменения в этических установках и поведении; (2) изменение или потеря духовности, включая негативные представления о

Боге; (3) чувство вины, стыда и отчуждения; (4) ангедония¹ и дисфория²; (5) недоверие к социальным и культурным обязательствам; (6) агрессивное поведение; и (7) плохое самообслуживание или самоповреждение. Эти симптомы не являются частью диагностических критериев ПТСР, о которых часто сообщают ветераны боевых действий, находящиеся под клиническим наблюдением.

Боевые ситуации, особенно на театрах военных действий с повстанцами, которых нелегко отличить от гражданских лиц, вынуждают военнослужащих быстро принимать решения и действовать в неоднозначных ситуациях. Эти действия могут привести к гибели, как преднамеренной, так и непреднамеренной, вражеских боевиков, гражданских лиц (включая женщин и детей) и даже представителей дружественных сил. Иногда эти решения и действия сопровождаются сильными эмоциями горя, утраты, ярости и ненависти, которые проистекают из предыдущего опыта, приобретенного в зоне боевых действий. Даже в ситуациях, когда было принято внешне правильное решение или предприняты правильные действия, у личного состава вооруженных сил могут впоследствии возникнуть вопросы или сомнения в правильности своих действий или решений. Такое переосмысление может привести военнослужащих на путь сурового суждения о собственном характере и безнадёжности в отношении самой природы человечества.

Недавний опрос личного состава, находящегося в зоне боевых действий, показывает, что моральный выбор и принятие этических решений могут зависеть от силы проявления таких эмоций, как гнев или скорбь, а также от наличия уже пережитых боевых травм. Результаты опроса показали, что значительный процент (примерно 10%) солдат и морских пехотинцев сообщили о «плохом обращении с nonкомбатантами» (т.е. о повреждении/уничтожении иракской собственности, не вызванных необходимостью, или о нанесении ударов/пинков nonкомбатанту, когда это также не было необходимо). Данные также ука-

¹ Ангедония – снижение или утрата способности получать удовольствие, сопровождающееся потерей активности в его достижении. При ангедонии утрачивается мотивация к деятельности, которая обычно приносит удовольствие.

² Дисфория – форма болезненно-пониженного настроения (антоним слова «эйфория»), характеризующаяся мрачной раздражительностью, чувством неприязни к окружающим.

зывают на то, что личный состав, одержимый сильным гневом или характеризующийся высоким уровнем воздействия боевых травм, испытывающий проблемы с психическим здоровьем, в два раза чаще сообщал о плохом обращении с нонкомбатантами. Более высокие показатели [плохого обращения с нонкомбатантами] в значительной степени увязываются с числом развертываний и продолжительностью развертывания (Многонациональные силы в Ираке – Управление главного хирурга, 2006). Некоторые из этих выводов являются ранними индикаторами моральных травм, которые могут сохраняться и способствовать выбору негативной траектории после возвращения из зоны боевых действий.

Предварительные исследования показывают, что некоторые признаки опасности для духовности солдата могут быть связаны с ухудшением психического здоровья. Во-первых, существует потенциальная возможность того, что столкновение с жестокостью войны и неопределенностью фронта боевых действий в повстанческой войне может привести к серьезным духовным сомнениям, иногда приводящим к потере веры. Духовное напряжение, возникающее у многих ветеранов, пытающихся примириться со своим опытом пребывания в зоне боевых действий, может привести к сокращению использования ими духовных ресурсов в процессе возвращения к мирной жизни и, в свою очередь, к ухудшению психических симптомов и к более широкому использованию медицинских услуг. Кроме того, могут появляться признаки негативного религиозного совладания или отрицательных приписываний Богу (например, «Бог покинул меня», «Бог преследует/наказывает меня за мои грехи»), у некоторых ветеранов они могут привести к более тяжелым симптомам ПТСР и депрессии. Наконец, трудности с прощением и высокие уровни враждебности и вины в дальнейшем могут привести к более серьезным проблемам. Примечательно, что большая часть наших нынешних знаний о связи между травмой и духовностью почерпнута из исследований, проведенных спустя годы после того, как травматические переживания имели место. Когда признаки риска для духовности присутствуют, следует предпринимать усилия для обеспечения широкого форума, на котором можно было бы обсудить или изучить вопросы, связанные с духовным опытом.

Стимулирование траектории роста: руководящие принципы оказания помощи во время перехода к возвращению домой

Американская психологическая ассоциация выделила пять факторов, способствующих поддержанию резилентности. Прежде всего это сильная социальная поддержка как внутри семьи, так и в обществе в целом. Социальная поддержка – это четко обозначенная область, где духовность может играть важную роль. Духовный опыт обычно переживается в здоровых сообществах совместно с другими людьми. Люди здесь не только испытывают эмоциональную поддержку в дружбе с другими людьми, разделяющими схожие убеждения и ценности, но во многих случаях находят возможность для инструментальной поддержки (например, помощь в работе, родительских вопросах, даже финансах). Социальная поддержка стоит на первом месте, потому что она может быть чрезвычайно важна для усиления остальных четырех факторов. Второй фактор резилентности – способность управлять своими сильными чувствами и импульсами. Может быть важным поиск путей для эмоционального выражения – в устной речи, обращенной к соратникам, объединенным общим опытом, членам семьи или терапевтам; в письменной речи – через ведение дневников или блогов, – и поиск взвешенных и невзрывных средств выражения того, что называется сильными эмоциями. Третий фактор резилентности – эффективная коммуникация и решение проблем. Возвращение домой после службы в зоне военных действий может потребовать совершенно иного набора навыков общения и решения проблем, чем те, которые требуются в армии. Невоенное общество организовано несколько менее иерархично и как таковое требует иногда более тонкого стиля общения (меньшего количества приказов) и иного набора действий по решению проблем. Попытка использовать привычные военные стили поведения во время перехода к возвращению домой может привести к серьезным неприятностям и проблемам для военнослужащих и членов их семей.

Что мы можем сделать, чтобы помочь? Ответы на вопросы семьи

Полезный набор инструментов, первоначально предназначенный для обучения базовым навыкам оказания помощи сотрудников по ока-

занию помощи в случае стихийных бедствий и ликвидации их последствий, в совокупности называется *первой психологической помощью*. Кроме того, недавно было разработано учебное пособие по оказанию первой психологической помощи специально для священнослужителей, занимающихся оказанием помощи после стихийных бедствий. Хотя первоначально оно было разработано для использования в случае стихийных бедствий, военно-морской флот США/корпус морской пехоты для повышения и интеграции навыков оказания помощи в зоне боевых действий недавно решили обучать оказанию первой психологической помощи капелланов и других медицинских работников. Существует пять основных принципов оказания первой психологической помощи, которые могут помочь семьям понять, как помочь своим близким, а также помочь руководить клинической деятельностью терапевтов.

Первый из этих пяти принципов – *безопасность*. Для людей, подвергшихся воздействию смертельных и опасных для жизни ситуаций, безопасность является первостепенной заботой. Иногда бывает трудно отключить реакцию, приобретенную в зоне военных действий, и многим возвращающимся трудно чувствовать себя в безопасности в различных повседневных ситуациях; например, вождение автомобиля – это то, о чем большинство людей здесь, дома, не слишком задумываются, но вождение автомобиля в Ираке – один из самых опасных видов деятельности. Многие военнослужащие чувствуют себя некомфортно за рулем после развертывания из-за условий вождения и опасностей, с которыми они столкнулись на войне. Даже такие действия, как прогулка по людной улице или шопинг в торговом центре, после развертывания могут восприниматься как чрезвычайно трудные и угрожающие занятия. Нормализация этих проблем и опасений и оказание помощи в их преодолении от членов семьи могут стать большим подспорьем в процессе восстановления ветерана.

Снижение возбуждения – это второй основной принцип. Восприятие угрозы жизни влечет большое количество физиологического возбуждения (то есть страха и тревоги). Высокий уровень возбуждения не только вызывает дискомфорт, но и может сильно мешать повседневному функционированию организма. Многие ресурсы по оказанию само-

помощи направлены на расслабление и управление стрессом, и они часто предоставляют инструкции по технике медитации или упражнения на расслабление, иногда с помощью аудиокассет или компакт-дисков. С духовной точки зрения факты свидетельствуют, что и молитва, и медитация могут привести к таким же уровням снижения возбуждения у многих людей. Помощь военнослужащим в поиске ресурсов, где их могут научить необходимым навыкам релаксации, – это то, чем каждый может помочь [возвращающемуся солдату].

Социальная поддержка уже много раз упоминалась в этой главе. Помощь членов семьи в воссоединении с солдатом, вовлечении его в прежнюю жизнь и эффективном взаимодействии с другими людьми – очень важный способ, с помощью которого семьи могут помочь возвращающимся военнослужащим в переходном периоде.

Другим основополагающим принципом является *самодостаточность*. Самодостаточность – это уверенность в собственных силах и способности решать поставленные задачи. Военнослужащие часто имеют большую самодостаточность в отношении своих основных военных обязанностей. Переход домой в среду, которая теперь кажется незнакомой, иногда может поколебать уверенность человека в собственных силах. Очень полезно будет помочь военнослужащим распознать те навыки, которыми они владеют, и поддержать их, когда они восстановят уверенность в собственных способностях.

Последний основной принцип – это тот, который в высшей степени соответствует духовности: *надежда*. Надежда на будущее – это ключ к достижению прогресса в настоящем. В то время как отчаяние удерживает человека в тупике, надежда побуждает его двигаться к лучшему будущему. Взаимоотношения и деятельность, которые стимулируют и укрепляют надежду, могут быть основополагающими в содействии обеспечению эффективного перехода к мирной жизни после развертывания. Служение другим и добровольное участие в восстановлении жизни других людей может сыграть важную роль в восстановлении надежды для себя. Служение и волонтерство – это то, что члены семьи могут делать вместе в качестве средства, способствующего установлению связей внутри семьи, осознанию и сопереживанию нуждам других людей.

Сохранение здоровой семьи: рекомендации по выявлению потенциальных проблем

Военнослужащие и ветераны, возвращающиеся из зон военных действий в Ираке и Афганистане, выполняют семейные роли сыновей и дочерей; мужей, жен или партнеров; матерей и отцов; братьев и сестер. Они будут находиться вдали от своих семей в течение различных периодов времени, иногда неоднократно. Некоторые из них, возможно, прошли психотерапевтическое лечение еще до возвращения домой, но для других решение о том, нужна ли им дополнительная помощь, будет принято позже. Для многих перспектива следующего развертывания может по-прежнему оставаться серьезной семейной проблемой. Возвращение домой – время значительных изменений для всех членов семьи. Главным источником поддержки для возвращающегося солдата, скорее всего, будет его семья. В то же время профессиональная клиническая помощь может быть ценным источником поддержки как для самого военнослужащего, так и для его семьи. Мы знаем от ветеранов предыдущих войн, что после возвращения из зоны боевых действий существует риск разрушения семьи. Мы также знаем, что возникающие проблемы с ПТСР, ТПМ, депрессией или злоупотреблением психоактивными веществами могут привести к хаосу, если возвращающийся солдат будет лишен поддержки и комфорта, которые он ищет в семье. Солдат, обращающийся за психологической помощью, явно нуждается во внимании и заботе врача; его внимание и забота могут и должны распространяться и на членов семьи военнослужащего. Поддержка ветеранов и их семей может повысить потенциал успешной реинтеграции ветерана в повседневную жизнь. Клиницисты также могут помочь семье работать над решением возникающих проблем, связанных с трудностями реинтеграции ветерана. Ранняя поддержка и помощь семье могут снизить вероятность возникновения более долгосрочных и разрушительных проблем в будущем. Вопросы, перечисленные ниже, могут помочь семьям или врачам-клиницистам решить, какие проблемы могут повлечь необходимость дополнительной поддержки или помощи:

1. Удалось ли семье возобновить привычный образ жизни или выработать новый, не менее удовлетворяющий ее?

2. Связана ли семья со здоровым поддерживающим сообществом за пределами расширенной семьи, которая может обеспечить эмоциональную и инструментальную поддержку?

3. Пропустил ли возвращающийся партнер/ребенок/родитель какие-либо важные семейные события во время развертывания (например, рождение, смерть, браки, выпускные экзамены)?

4. Были ли какие-либо серьезные изменения в семье/жизни в отсутствие ветерана?

5. Отложила ли семья на время отсутствия члена семьи что-то, что теперь требует срочного внимания?

6. Вернулись ли супруги/партнеры к совместному принятию решений?

7. Были ли случаи после возвращения домой, когда возвращающийся член семьи создавал впечатление, что он хочет, чтобы его оставили в покое?

8. Не кажется ли родителям/супругу/партнеру, что возвращающийся член семьи все еще немного посторонний для семьи?

9. Если военнослужащий состоит в интимных отношениях, то чувствуют ли партнеры как пара себя ближе друг другу или более отдаленными, чем раньше?

10. Испытывала ли семья больше разногласий, чем обычно, и есть ли еще неразрешенные разногласия или возросло ли напряжение в семье с тех пор, как ветеран вернулся с войны?

11. Есть ли у членов семьи или любого из супругов опасения по поводу рисков, связанных с уровнем напряженности или конфликта в их взаимоотношениях?

12. Может быть, кто-то за пределами ближайших родственников, кто помогал во время отсутствия ветерана, все еще чувствует себя частью семьи в большей степени, чем пара хотела бы?

13. Может ли вернувшийся родитель чувствовать себя более защищенным по отношению к детям или ему нужно сопротивляться желанию быть более защищенным?

14. Была ли у семьи (включая детей) возможность поговорить о своих тревогах и страхах, пока член семьи отсутствовал?

15. Удалось ли вернувшемуся члену семьи поговорить со своим партнером о пережитом им во время войны?

16. Может ли вернувшийся родитель ответить на вопросы своих детей о своем военном опыте?

17. Был ли возвращающийся член семьи в состоянии поговорить со своей большой семьей о своем военном опыте?

18. Как вы узнаете, что вернувшийся член семьи действительно дома?

Ответы на эти и другие вопросы могут высветить необходимость дополнительной поддержки семьи, чтобы помочь периоду возвращения домой протекать более гладко. Эта информация может также помочь прояснить области озабоченности и начать освещать направления здорового роста для поддержки реорганизации семьи и возвращения к стабильности в координации с работой ветерана над его собственными личными целями переходного периода. Поддержка духовенства может помочь семье осознать, что возвращающийся ветеран может находиться в духовном или моральном конфликте, который заставляет его дистанцироваться и изолироваться от семьи, а также от религиозной общины.

Убийство четырех жен военных их вернувшимися мужьями в Форт-Брэгге летом 2002 года печально напомнило всем нам о важности оценки потенциальной напряженности, конфликта и нерешенных вопросов, которые могли бы предшествовать разворачиванию или возникнуть во время отсутствия ветерана. Важно осознать, что существует вероятность того, что возвращающемуся солдату и его семье потребуется помощь в определении взаимно совместимых целей или что у одного или обоих супругов/партнеров могут быть различающиеся цели по сравнению с теми, что они разделяли до отъезда солдата в зону боевых действий. Парам и семьям можно предложить терапевтический форум для общения и обсуждения своих целей. Если члены семьи обнаруживают высокую напряженность или сильный уровень несогласия или их цели явно несовместимы, то необходимо оценить вопросы, связанные с безопасностью, и, возможно, составить планы, обеспечивающие безопасность всех членов семьи.

Выводы

В этой главе мы рассмотрели, что известно о той роли, которую духовность может играть после наступления драматических событий,

инвалидности и утраты. Были определены ключевые темы с точки зрения обеспечения здоровой траектории восстановления. Важно признать, что в сердцах многих вернувшихся ветеранов существует точка напряженности между изоляцией и связью. Духовность, как мы ее определили, есть связь – связь с тем, что превосходит тебя самого. Мы надеемся, что духовные ресурсы могут сыграть определенную роль в укреплении семей личного состава вооруженных сил, когда они возобновят совместную жизнь после окончания развертывания. Для многих ветеранов пережитое ими создало точку напряженности между прошлой жизнью (переживание травмирующих событий) и жизнью ради будущего (обретение смысла и цели). Помогать военнослужащим жить в настоящем с прицелом на построение сильного и здорового будущего должно быть целью терапевтов, членов семей и друзей. Современные исследования выявляют позитивные аспекты многих духовных традиций, такие как принятие, сострадание, надежда и благодарность, которые часто ассоциируются с лучшими человеческими переживаниями.

Источники, на которые ссылаются авторы

Ahlstrom, G. (2007). Experience of loss and chronic sorrow in persons with severe chronic illness. *Journal of Clinical Nursing*, 16(3), 76–83.

Carlock, D. (2007). Guide to resources for severely wounded operation Iraqi Freedom (OIF) and operation enduring Freedom (OEF) veterans. *Issues in Science and Technology Librarianship*, no. 51.

Drescher, K. D., & Foy, D. W. (1995). Spirituality and trauma treatment: Suggestions for including spirituality as a coping resource. *National Center for Post-Traumatic Stress Disorder Clinical Quarterly*, 5(1), 4–5.

Drescher, K. D., Litz, B., Rosen, C., & Foy, D. W. (2007). An examination of moral injury among veterans of combat. Unpublished manuscript.

Green, B. L., Lindy, J. D., & Grace, M. C. (1988). Long-term coping with combat stress. *Journal of Traumatic Stress*, 1(4), 399–412.

Grosman, D. (1995). *On Killing: The psychological cost of learning to kill in war and society*. New York: Little, Brown and Company.

Hallett, J. D., Zasler, N. D., Maurer, P., & Cash, S. (1994). Role change after traumatic brain injury in adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 48(3), 241–246.

Hewson, D. (1997). Coping with the Loss of Ability: “Good Grief” or episodic stress responses? *Social Science and Medicine*, 44(8), 1129–1139.

Hoge, C. W., Castro, C. A., Messer, S. C., McGurk, D., Cotting, D. I., & Koffman, R. I. (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *New England Journal of Medicine*, 351(1), 13–22.

Larson, D. B., Swyers, J. P., & McCullough, M. E. (1997). Scientific research on spirituality and health: A consensus report. Rockville, MD: National Institute for healthcare research.

MacNair, R. (2005). Perpetration-induced traumatic stress: The psychological consequences of killing. New York: Authors Choice Press.

Magyar-Russell, G. M. (2005). A longitudinal study of sacred loss and desecration among adults in rehabilitation hospitals. Ph.D. dissertation. Bowling green, KY: Bowling green State University.

McColl, M. A., Bickenbach, J., Johnston, J., Nishihama, S., Schumaker, M., Smith, K. et al. (2000). Spiritual issues associated with traumatic-onset disability. *Disability Rehabilitation Journal*, 22(12), 555–564.

Miller, W. R., & Thoresen, C. E. (1997). Spirituality and health. In w. R. Miller (Ed.), *Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners* (pp. 179–198). Washington, D.C.: American Psychological Association.

Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford Press.

Pivar, I. L., & Field, N. P. (2004). Unresolved grief in combat veterans with PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 18(6), 745–755.

Глава 14

КОДЕКС ЧЕСТИ ВОИНОВ

Как ветеран раненый на одной из американских войн, я предлагаю высказаться тем, кто уже не сможет этого сделать. Уста моих павших боевых друзей не засыпаны землей, они будут свидетельствовать о том, что жизнь вращается вокруг чести. Как известно, во время войны вы даете слово чести исполнять свой долг, стоять и сражаться, вместо того, чтобы убежать и покинуть своих друзей. Когда вы держите свое слово, несмотря на отчаянное желание бежать из ада, воющего вокруг, вы зарабатываете честь.

Зарабатывая честь под огнем, вы изменяетесь. Горнило битвы опалает корку грязи на вашей душе. Раскаленные добела молоты боя выковыывают из вас чистого, закаленного воина, готового скорее пасть, чем нарушить свое слово, данное товарищам – вашу честь.

Бой – это страшно, но это захватывающе.

Вы никогда не чувствуете себя таким живым, как когда в вас стреляют, но не попадают.

Вы никогда не чувствуете себя таким триумфатором, как возвращаясь из боя – с победой.

Вы никогда не чувствуете любовь настолько чистую, как ту, что горела в вашем сердце к друзьям, которые шли на смерть, чтобы сдержать свое слово, данное вам.

И они это сделали.

Самая большая печаль в вашей жизни – видеть друзей павшими. Самый большой сюрприз в вашей жизни – выжить на войне. Хотя вы еще живы снаружи, вы мертвы внутри; выстрел в сердце – бессмысленное чувство вины тех, кто выжил, в то время как их друзья погибли. Самая большая ложь в вашей жизни – что вы могли бы сделать что-то больше и лучше, чтобы спасти их. Их лица смотрят с надгробий в ваши плачущие глаза, сияние истинного товарищества их душ вы будете искать всю жизнь, но так и не найдете.

Вы живете сейчас в другом мире. И он будет вашим всегда.

В вашем мире посреди ночи вы просыпаетесь от собственного крика, возвращающего вас в бой.

В вашем мире лучший друг, истекающий кровью у вас на руках, воеет от боли, чтобы вы прикончили его.

В вашем мире [во сне] вы стреляете, но врагов так много, что оружие раскаляется докрасна и заклинивает, и вас захватывают в плен.

В вашем мире [вы бьетесь] врукопашную до последнего вздоха.

Вы никогда не говорите о вашем мире. Те, кто видел бой, не говорят о нем. Тот, кто говорит, не видел боя.

Вы возвращаетесь домой, но, скорее, как мрачный призрак того, кто так легкомысленно отправился на войну. Дома больше нет. Тот мир разбился, как зеркало, когда вы выстрелили в первый раз. Осколки всего, что вы знали, упали вам под ноги, открыв того, кто стоял за зеркалом, — ухмыляющуюся Смерть — и вы оказались лицом к лицу, нос к носу с ней!

Потрясение было столь велико, что мальчик в вас умер от испуга. Его заменил незнакомец, который проскользнул в ваше тело, — МУЖЧИНА из Мира Воинов. В этом ужасном месте вы даете слово чести танцевать со смертью, а не бежать от нее, танцевать самоубийственный вальс под названием «исполнение своего долга».

Вы исполнили свой долг, пережили танец и вернулись домой. Но вы вернулись на гражданку не весь. Ваше сердце и ум еще в Мире Воинов, настолько же далеко от штатской жизни, как Марс. Ваше сердце и ум навсегда останутся в Мире Воинов. Ваше сердце и ум никогда его не покинут, они погребены там. На той далекой священной родине чести жить — значит держать свое слово.

На гражданке, тем не менее, люди не знают, что жить — значит держать слово чести. Они думают, что жизнь — это игры в мяч на заднем дворе, барбекю, дети и бизнес.

Вы заработали честь под огнем.

Вы жертвовали кровью.

Ваша потеря покоя/душевного мира в горниле жестокой битвы купила и оплатила их свободу потворствовать разного рода слабостям штатского мышления. Расстояние между двумя мирами так велико, как далек Марс от Земли. Вот почему, когда вы возвращаетесь домой, вы чувствуете себя чужаком, пришельцем с другой планеты.

Вы им и являетесь.

Друзья пытаются преодолеть разрыв, зияющий между вами. Это бесполезно. Они с тем же успехом могут смотреть в небо и пробовать говорить с марсианином. Слова ложатся между вами, как кирпичи. Служба плечо к плечу с Воинами, которые пали, подтверждая истинность своего слова, данного вам, сделала ваших прежних друзей, по-видимому, недостаточно проверенными для того, чтобы им доверять, – они теперь просто знакомые.

Жестокая правда заключается в том, что зарабатывание чести в раскаленном добела горниле боя выковало из вашей гражданской мягкотелости закаленного Воина, привыкшего танцевать самоубийственный («исполнять свой долг») вальс со Смертью. Этот невыразимый, неопиcуемый, изменяющий жизнь опыт, как вихрь, взял и метнул вас так далеко от дома, что, когда вы вернулись, то почувствовали себя чужим в своем собственном родном городе, гостем из другого мира, одиноким в толпе тех, кого вы когда-то знали.

Вы только тогда не чувствуете себя одиноким, когда рядом другой ветеран.

Только *он* понимает, что ваша честь – в вашем слове, а предстояние лицом к лицу со Смертью придает смысл и цель жизни.

Только *он* понимает, что ваш страшный, – но и захватывающий – танец со Смертью сделал ваш старый мир заднего двора, барбекю и игры в мяч смертельно скучным.

Только *он* понимает, что ваш способ существования с поврежденными боем чувствами не есть что-то необыкновенное, но обычное, и вы В ПОРЯДКЕ, вы В НОРМЕ; чтобы вы смогли поверить в это, повторите – В НОРМЕ!

Существует бесчисленное множество скрытых издержек боя, которые оплачивают воины. Одна из них – адреналиновая наркомания. Большинство ветеранов – в том числе и пишущий эти строки – чувствуют, что война была высшей точкой в их жизни, и эмоционально жизнь шла с тех пор под уклон. Это потому, что мы пришли домой адреналиновыми наркоманами. Это была не наша идея, мы выбрали этот путь, исполняя свои обязанности в боевых ситуациях:

- сжавшись в окопе, выжидая, чтобы напасть на вражеских солдат, подпустив их достаточно близко, чтобы открыть огонь;

- обнимая землю в ожидании сигнала вскочить и устремиться в атаку;

- патрулируя ничейную землю, готовым вступить в перестрелку;
- внезапно понимая, что вы разгуливаете посреди минного поля.

Обстоятельства, подобные этим, обострили ваше ощущение жизни намного сильнее, чем это доступно на гражданке:

- вы никогда не переживали такой ужас, что до сих пор испытываете нервное возбуждение;

- вы никогда не обращали внимания, что небо такое синее, трава такая зеленая, воздух так сладок и т.п.;

- потому что вальс со Смертью дает вам ощущение жизни, подобно шару в стратосфере, под завязку наполненному адреналином, испытывающему его давление изнутри и мчащемуся над поверхностью!

Этот незабываемый опыт заоблачного существования на ощущении жизни/адреналине объясняет, почему вы возвращаетесь домой по существу в «возбужденно-сумасшедшем» состоянии, говоря жаргонным языком; вы теперь делаете вещи, про которые когда-то думали, что это «сумасшествие», чтобы получить острые ощущения/вызвать возбуждение. Другими словами, после неопишуемого, переворачивающего жизнь возбуждения, испытанного под огнем, у вас возникает навязчивая, непреодолимая жажда испытать схожую абсолютную мешанину мыслей или чувств, читай: волнение/возбуждение/ощущение жизни от опасности. (Это описание адреналиновой зависимости).

ВОПРОС: осознаете ли вы, что вы страдаете от отравления адреналином и стали адреналинозависимым/наркоманом?

ОТВЕТ: нет, вы этого не осознаете, потому что пребывание «свихнувшимся» двадцать четыре часа, семь дней в неделю, день за днем, месяц за месяцем становится «новой нормой». Вы не думаете, что есть что-то плохое в том, что вы постоянно взмываете на адреналине, как воздушный змей, потому что это не что-то необычное, но естественное повседневное состояние, в котором вы находитесь, когда боретесь за свою жизнь.

Затем вы приходите домой, где является нормальным, что эйфорический прилив ощущения жизни/адреналина вряд ли когда-нибудь вмешивается в привычный ход событий. Вы не можете всегда нахо-

даться на заоблачных высотах и, как следствие, находите нормальное скучным. Вы жаждете своей «дозы» волнения/возбуждения/опасности, как наркоман жаждет дозы героина. Что часто случается затем? «Быстро – подай мне бутылку, наркотики, мотоцикл, быстрый автомобиль, кайф-драйв, драг-рейсинг, катер, самолет, прыжки с парашютом, экстремальные виды спорта, скалолазание, облавную охоту, потасовку, поножовщину, перестрелку и т.д.»

Быть отравленным адреналином, это уже достаточно плохо, но есть нечто похуже. Еще одна из бесчисленных скрытых издержек боя – это маленький грязный секрет, о котором никто не говорит, – но который есть – что большинство ветеранов боевых действий, в том числе и автор этих строк, приходят домой не в состоянии осознать свои чувства. Вот как это работает.

Понятно, что в бою вы даете слово чести, не позволяя страху препятствовать вам в исполнении своего долга. Чтобы сдержать свое слово, вы должны обезболить /отключить страх. Но обезболивающий/отключающий механизм не работает подобно точному, прицельному винтовочному выстрелу; он поражает, как широко разлетающийся заряд дробовика. Таким образом, если вы обезболили свой страх, у вас также онемели практически все другие чувства.

Чем больше боев, тем больше страха вам необходимо «не чувствовать». Вы можете настолько преуспеть в обезболивании/отключении себя изнутри, что не почувствуете больше вообще ничего. Эмоционально вы становитесь ходячим мертвецом, не чувствуя практически ничего (если вы позволите себе быть остановленным в пылу боя чувством скорби по павшим товарищам, вы скоро сможете к ним присоединиться). Это состояние известно как «закаленность в боях», означающее, что вы можете испытывать жестокие чувства, ненависть и гнев, но не мягкие, нежные чувства (что является плохой новостью для близких. Хорошей новостью является то, что они могут прочитать авторское примечание №1, чтобы принять образ жизни ветеранов [почему ветераны боевых действий такие, какие они есть, и как наладить контакт с ними] для завершения обсуждения этой темы).

В общем, причина, по которой прилив алкоголя, наркотиков, адреналина и др. является настолько заманчивой, настолько неотразимой, заключается в том, что вы добираетесь до них, чтобы почувствовать

хоть что-то; что это шаг от ужасного онемения/выключения, мертвеного бесчувствия.

Хотя эмоционально вы можете быть ходячим мертвецом, идущим по жизни в основном в одиночестве, вы не одиноки. Постоянный спутник, которого вы захватили из боя – Смерть. Она стоит рядом, позади, чуть слева. Смерть шепчет в ухо: «Ничто не имеет значения за пределами моего прикосновения, и я не прикоснулась к тебе... ПОКА!»

- Смерть никогда не покидает вас – это ваш лучший друг, ваш самый доверенный советник, ваш мудрейший учитель.

- Смерть учит вас, что каждый прожитый день на земле – прекрасный день.

- Смерть учит вас чувствовать себя счастливым в хорошие дни, а плохие дни – ну, что ж, их не существует.

- Смерть учит вас, что каждый день жизни является самодостаточным.

- Смерть учит, что вы можете отсрочить ее прикосновение, приносящее умиротворение.

Еще одна из бесчисленных скрытых издержек боя – потеря покой/душевного мира. До боя вы, возможно, были значительно более уравновешенным, чем теперь; не вспыльчивым, но скорее хладнокровным – может быть, даже более или менее имели мир в душе. После боя, однако, многие ветераны, включая пишущего эти строки:

- стали сверхбыстро становиться нетерпеливыми, раздраженными, недовольными, досадующими;

- стали испытывать интенсивные вспышки гнева при малейшем раздражении.

ВОПРОС: известно ли вам, что вы изменились? Замечаете ли вы негативные перемены в себе?

ОТВЕТ: плохая новость заключается в том, что, скорее всего, вы не замечаете этого, потому что для человека свойственно «не видеть» негативных изменений в себе, которые могут быть совершенно очевидны для других. Вот почему вы можете не знать, что бой изменил что-то в вашей голове. Следовательно, когда любимый человек (или посторонний) вежливо предполагает, что, может быть, вы изменились – и, возможно, не в лучшую сторону – очень часто вы можете глубоко обидеться и воспринять его как Врага. (Это плохая новость

для близких. Хорошая новость заключается в том, что женщина ветерана может сделать небольшой шаг, который будет долго помогать ее мужчине. Смотри авторское примечание № 2: «Приливная волна ПТСР вот-вот обрушится на Америку, что вы можете сделать» для завершения обсуждения этой темы).

Если вы один из тех ветеранов, у которых наблюдаются мгновенные вспышки гнева, плохая новость заключается в том, что это подарок от Смерти – вы страдаете от боевого повреждения сознания, которое обычно называют «ПТСР» (посттравматическое стрессовое расстройство). (Хорошая новость в том, что вы можете прочитать авторское примечание № 3: «Разъяснение ветерана, что такое ПТСР, и как этот сайт предотвращает самоубийство» для завершения обсуждения этой темы и, возможно, извлечь пользу из осознания ситуации, в которой вы оказались).

Если вы один из тех ветеранов, которые задумываются, почему у них есть проблемы с поддержанием хороших взаимоотношений, – это интересно, не более. Это чрезвычайно трудно сделать, когда:

- вы страдаете от отравления адреналином, и единственным достойным персонажем в книгах, которые вы читаете – оказывается тот, кто пристрастился к поиску острых ощущений;
- вы не можете испытывать мягкие, нежные чувства;
- ваш ум испытывает беспокойство, и немного нужно, чтобы вы сразу разозлились.

Хорошей новостью является то, что покой/душевный мир можно вновь обрести после многих молитв и принятия [произошедшего с вами]. Принятие – это ключ к покою. Эта простая фраза содержит широкое поле для взаимопонимания. Принятие позволяет сделать первый шаг от отрицания к принятию/дозволению ваших травмирующих болезненных боевых воспоминаний, подавленных по возвращении домой разочарованиями, чтобы вновь пережить/перестрадать внутри себя/поделиться ими с другими ветеранами – и, таким образом, переплавить их [в своем сознании].

Каждый раз, когда вы совершаете это страшный, но необходимый акт мужества/отчаяния:

- боли и слез остается меньше;
- больше терзающих демонов боя, скрывавшихся в темноте вашего внутреннего мира, выбрасываются на исцеляющий солнечный свет сознания и исчезают;

- чем меньше терзающих демонов боя, тем больше набирается у вас душевного покоя. (См. авторское примечание № 4: «Как и почему был написан Кодекс Воина – пошаговое руководство, как выйти из ПТСР и обрести покой», для завершения обсуждения этой темы).

Покой – это, к сожалению, довольно неопределенное состояние, но оно ощущается как некое необъятное чувство удовольствия, спокойствия, самореализации и удовлетворенности, живущее глубоко внутри вас:

- от сознания, что вы исполнили свой долг под огнем, невзирая на то, чего вам будет стоить сдержать свое слово, тем самым доказывая себе самому, – независимо от того, узнают ли другие или нет, – что вы Воин, Человек Чести, достойный уважения;

- от благодарности Высшей Силе/вашему Создателю за то, что он сохранил вас.

Железный закон природы заключается в том, что покой продлевает жизнь.

Другой железный закон природы, заключается в том, чтобы сохранять спокойствие, вы должны продолжать держать свое слово чести в гражданской жизни – в противном случае могут произойти дурные вещи. Вот как это работает. В отличие от гражданских лиц, которые не вышколены держать свое слово, хранить свою честь, – важность исполнять свой долг и держать свое слово чести была так глубоко вбита в вас, военных, что стала более важным, чем сама жизнь, что доказывает и тот факт, что вы были готовы умереть, чтобы соблюсти его. Следовательно, если вы выбрасываете на гражданке нечто для себя важное, то естественно испытываете чувство предательства по отношению к самому себе, потери чести, собственного достоинства и др. Ядовитые чувства, происходящие от разрушения вашей прежней армейской закалки, могут становиться настолько мощными, что они разрушают вашу самооценку; ваша жизнь может скатиться по спирали к жалкому существованию, ненависти к себе, и вы, возможно, задумаетесь о самоубийстве, чтобы положить конец тому ужасу, в который вы превратили свою жизнь.

Урок: в отличие от не получивших подготовку гражданских, ветераны должны держать свое слово, их честь/самооценка на гражданке должны быть теми же, что и в Мире Воинов, для того чтобы жесткий тренинг, который они получили, сработал в трудные времена.

**От самой глубины покрытых пылью веков всегда было так.
Что навсегда запечатлелось в душе человека,
стоявшего лицом к лицу со смертью,
никогда не изменится.**

**Авторское примечание № 1:
к принятию образа жизни ветерана боевых действий
(почему ветераны такие, какие они есть,
и как наладить контакт с ними)**

В этой работе сделана попытка описать мир таким, как он видится глазами ветерана боевых действий.

Это мир, практически неизвестный гражданским лицам и неизвестный даже в рамках воинской культуры, потому что немногие ветераны могут говорить о нем. Цель, которую я преследовал написанием Кодекса воина заключается в следующем:

Чтобы мои товарищи – ветераны боевых действий знали, почему они чувствуют себя так, чтобы они могли лучше понять свою ПТСР, и что они не одиноки в этом мире, потому что есть много других, которые испытывают то же самое, что и они.

Чтобы объяснить близким ветеранов боевых действий и гражданским лицам, почему ветераны таковы, каковы они есть;

Чтобы показать, как надо общаться с ветераном боевых действий.

Первые две цели, как мы надеемся, достигнуты самой публикацией Кодекса. Я попытаюсь достичь третьей цели следующим образом:

Люди, которые пытаются установить значимый контакт с ветераном боевых действий, могут добиться этого, если они помнят об одном – самое важное в его жизни – это держать свое честное слово, о чем свидетельствует тот факт, что он готов умереть, чтобы подтвердить это. Поэтому, чтобы соединиться с ним, вы должны продемонстрировать/показать ему открыто перед Богом и людьми, что у вас тоже есть Кодекс чести – то есть вы тоже держите свое слово – несмотря ни на что!

Сделайте это, и ваши кодексы чести совяются в двойную спираль и свяжут вас воедино. Это касается всех – особенно жен и детей – повторяю, жен. Конец истории. Дело закрыто. (Жены приглашаются ознакомиться с авторским примечанием № 2 для завершения обсуждения этой темы).

Я предлагаю эти бедные, слабые слова – купленные дорогой ценой, но не после обучения писательскому ремеслу – в надежде, что они и кодекс могут пролить некоторый свет на то, почему ветераны боевых действий такие, какие они есть, как они могут исправить это и заслужить спокойствие.

Я всю жизнь мечтаю, чтобы эта мучительная работа, несмотря на ее многочисленные недостатки, все же могла дать хоть какой-то крошечный кусочек понимания, который может расцвести в терпимость – нет, в принятие – возможно, нетрадиционного из-за поврежденных боем эмоций образа жизни воина после выполнения его долга под огнем.

Авторское примечание № 2:

«Приливная волна ПТСР вот-вот обрушится на Америку, что вы можете сделать»

Грядущий кризис

Я пишу эту заметку в попытке предупредить американский народ о надвигающейся катастрофе, которая является одним из самых предсказуемых кризисов в национальной истории, вот только никто не говорит об этом.

Это касается нашего персонала, обслуживающего страдающих от ПТСР. Персонал перегружен уже при текущем уровне загруженности. Что произойдет, когда более 300 000 вернувшихся новых ветеранов боевых действий навалятся на персонал и без того изнемогающей системы? Добавьте к этому факт, что боевая ротация личного состава может быть скандально [частой] – военный может принять участие в развертывании более пяти-шести раз, – ввергая семьи военных в растерянность и смятение, в результате чего произойдет 50% увеличение требующих психологической помощи за счет детей ветеранов. Таким образом, наша проблема ПТСР есть проблема не только воевавших бойцов, но и их семей; эти проблемы, соединяясь, породят приливную волну ПТСР.

Эта приливная волна ПТСР набирает силу и сейчас только готовится обрушиться на наш медперсонал. Но «власть имущие» суют го-

ловы в песок и играют в страуса вместо того, чтобы готовиться к этому. Невыполнение правительством своих обязанностей есть не менее чем предательство наших героических ветеранов и их семей. Неудивительно, что у последних они заслужили прозвище гнилых политиканов.

Предательство властных структур означает, что страдания ветеранов от неизлеченных ПТСР скоро взлетят до самого высокого уровня, которого эта нация когда-либо знала. Мы сможем наблюдать вызывающие глубокую печаль толпы бездомных ветеранов, ветеранов, страдающих от злоупотребления психоактивными веществами и потрясающее, умопомрачительное количество самоубийств.

Кодекс чести

Приближение всеамериканской трагедии – одна из причин, почему я вписал следующий пассаж в авторское примечание № 1: «На пути к принятию образа жизни ветерана боевых действий (почему ветераны такие, какие они есть, и как наладить контакт с ними)»:

«Люди, которые пытаются установить значимый контакт с ветераном боевых действий, могут добиться этого, если они помнят об одном – самое важное в его жизни – это держать свое честное слово, о чем свидетельствует тот факт, что он готов умереть, чтобы подтвердить это. Поэтому, чтобы соединиться с ним, вы должны продемонстрировать/доказать ему открыто перед Богом и людьми, что у вас тоже есть Кодекс чести – то есть вы тоже держите свое слово – несмотря ни на что! Сделайте это, и ваши кодексы чести сойдутся в двойную спираль и свяжут вас воедино. Это касается всех – особенно жен и детей – повторяю, жен».

Я написал эти слова в попытке показать всем людям вообще, как наладить контакт с ветеранами в настоящее время и особенно в ближайшем будущем, когда ветераны, страдающие от неизлеченных ПТСР, будут бродить по улицам ошеломленные, подавленные и склонные к суициду. Они будут нуждаться в помощи и понимании ВСЕХ патриотически настроенных граждан. Если вы один из них, и желаете помогать, я, соответственно, предлагаю вам для начала строго держать свое слово, данное ему/ей в мелочах и, как представится возможность,

держат свое слово в более серьезных вещах и надеяться на прогресс в отзывчивости.

**Женщина ветерана может сделать маленький шаг,
который долго будет помогать ее мужчине**

Это были общие слова. Сейчас я попытаюсь конкретно рассказать женщине ветерана о семейной проблеме, касающейся очень щекотливой, табуированной темы: что свидетельствует о ее верности в его глазах. Перед битвой он мог быть достойным, галантным джентльменом, который, конечно, верил в ее верность. После боя, однако, этого парня больше нет. Он двинулся в битву и ушел навсегда, поглощенный пламенем войны.

Тот, кто вернулся, может выглядеть как прежний парень, но внутри он наверняка носит секрет дикого зверя, заключающийся в том, что ему пришлось делать, чтобы выжить. Этот скрытый зверь отчасти, естественно, имеет животные помыслы и звериную настороженность по отношению ко всему существу под солнцем, потому что, чтобы пережить войну, необходимо иметь именно такой образ мыслей. Таким образом, его подозрения, скорее всего, будут касаться и верности его женщины.

Вот как это работает. Во всех войнах от начала времен, когда мужчина, возвращаясь домой, обнаруживал, что его женщина была ему неверна, сплоченная группа приятелей из его боевого подразделения, как правило, узнавала об этом. Естественно, они тут же задумываются о верности своих собственных жен. Они размышляют об этом, и не однажды, но *постоянно*.

ВОПРОС 1: сколько мужчин возвращаются домой не зараженными подозрительностью после того, как похлебают из котла настороженности, известного под названием «бой»?

ОТВЕТ: ни одного.

ВОПРОС 2: сколько мужчин приходят домой, зная, что они подозрительны? Осознают ли они это настолько, чтобы быть способными следить за этим и контролировать себя?

ОТВЕТ: ни одного, потому что сомнение является частью ПТСР и большинство ветеранов страдают от посттравматического стрессового

расстройства, ничего не зная о нем; не признают, что страдают от него, и таким образом отрицают свои подозрения.

Плохая новость заключается в том, что неосведомленность/отрицание делает подозрение подобным невидимой змее, свернувшейся под столом, в ожидании, чтобы ужалить семью ссорой и разладом.

Хорошая новость заключается в том, что женщина ветерана может сделать маленький шаг, который долго будет помогать ее мужчине, упрямо демонстрируя, что она держит свое слово во всем и в каждой мелочи, касающейся домашних дел. Видя ее, строго соблюдающей свое слово во всем, [мужчина] проходит долгий путь убеждения своего подозрительного скрытого зверя, что ее верность своему слову распространяется и на супружескую верность.

С другой стороны, если она небрежно относится к своему слову в том, что касается домашних дел, скрытый зверь может подумать, что этот недостаток распространяется и на ее верность, провоцируя змею подозрений жалить ссорой и печалью – почти всегда не открытым подозрением [в неверности], но замаскированным под что-то еще, какую-то мелочь, что-нибудь [другое].

Так зачем же женщине рисковать? Почему бы ей не придать вес своему слову, чтобы смягчить своего мужчину? Неужели он нуждается в таком утешении, потому что он плохой человек, слабый человек? Нет, это не так; ему это нужно, потому что он вернулся домой не плохим или слабым, но больным и страдающим от ран войны – возможно, не снаружи, но внутри, потому как, по бессмертному выражению Жозе Нароски¹: «На войне нет нераненых солдат».

Понять психику воина

Слово предупреждения. Когда ваш мужчина приходит домой, не обманывайтесь его внешним «воинским форсом». Большинство ветеранов возвращаются, внутри шатаясь, пытаясь соединить воедино разбитые и разбросанные куски себя, что были разнесены боем. Поэтому, чтобы помочь вашему мужчине, не обращайтесь к его отрицанию ПТСР и знайте, что он нуждается в вас как хранильнице,

¹ Жозе Нароски (Jose Narosky) – аргентинский писатель, в основном, мастер афоризмов.

державшей детей, дом, школу и др., в основном самостоятельно и как можно дольше.

В заключение, уважаемые многострадальные женщины, можете ли вы найти в себе сострадание, чтобы дать мужчине время, которое ему необходимо, чтобы заново собрать себя? Я почтительно приглашаю Вас подумать об этом.

Авторское примечание № 3:

«Разъяснение ветерана, что такое ПТСР, и как этот сайт предотвращает самоубийство»

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ: Разъяснение ветерана, что такое ПТСР.

(как предотвратить самоубийство ветерана: объяснив, почему ветеран таков, какой он есть, вы сохраните ему жизнь)

опыт не лучший учитель, он просто учитель

Объяснения, что такое ПТСР, предлагаемые медперсоналом и другими, считающимися экспертами, которые никогда не были в бою, могут заполнить библиотеку, но от них мало прока. Это потому, что они смотрят на ПТСР глазами профессора колледжа/университета или глазами медика.

Якобы «мудрец» однажды сказал: «Опыт – лучший учитель». Он лгал. Опыт – единственный учитель.

Автор имеет опыт и смотрит на ПТСР глазами пехотного солдата, который был ранен во время борьбы и схватки ни на жизнь, а на смерть среди трупов, крови, боли и жестокой смерти. Этот невыразимый, неопишуемый, переворачивающий жизнь опыт, вечно полыхающий в моем мозгу, бросил меня в ветеранский госпиталь, страдающего тяжелым ПТСР, которое я преодолел. Я пишу это примечание в надежде, что мой приобретенный – не школьный – опыт преодоления ПТСР сможет помочь другим ветеранам сделать то же самое.

ПТСР – это навсегда

Плохая новость заключается в том, что ПТСР не может быть вылечено никогда (излечиться = никогда не испытывать проблем).

Хорошей новостью является то, что его можно превозмочь (превозмочь = осилить/преодолеть/управлять им).

ПТСР приобретается мгновенно и длится вечно. Некоторые ветераны считают, что их ПТСР было приобретено в продолжительных

боях, и, что «краткосрочные» ветераны и солдаты обеспечивающих войск, не находившиеся на линии огня, которые утверждают, что страдают от ПТСР, являются липовыми «подражателями» настоящих ветеранов боевых действий.

Они неправы.

Разрыв одной ракеты или одной минометной мины или просто угрожающая опасность может спровоцировать ПТСР.

тревожное сознание и ПТСР – одно и то же

Штатский медперсонал и другие так называемые «эксперты», которые никогда не видели боя, не знают, что нет никакой разницы между обладающим тревожным сознанием и страдающим от ПТСР. Оба термина описывают одно и то же. Сказать, что они не совпадают – значит провести различие без разницы. Поэтому далее в этом примечании пишущий эти строки будет сочетать два термина в один следующим образом: тревожное сознание/ПТСР.

ветераны возвращаются домой с тревожным сознанием/ПТСР и не знают об этом

Большинство ветеранов боевых действий приходят домой со смятенным умом, потому что сражение автоматически делает ваше сознание тревожным (если вы сражаетесь рядом со мной, и ваше сознание НЕ встревожено – вы слишком глупы, чтобы надеяться на вас, что я выберусь отсюда, прежде чем меня убьют!)

Иметь тревожное сознание в бою двадцать четыре часа, семь дней в неделю, день за днем, месяц за месяцем становится «новой нормой», и вы думаете, что в этом нет ничего плохого, потому что это не какое-то необычное, но простое, повседневное состояние вашего сознания в борьбе за жизнь.

Проблема в том, что многие ветераны – в том числе и автор этой статьи – не могут провести различие между состоянием своего ума от окончания колледжа до боя и от боя до возвращения обратно домой.

Другими словами, когда вы пытаетесь проанализировать состояние вашего сознания хронологически – от того дня доныне – многие, если не большинство, не видят никакой перемены; все выглядит так же, похоже, что ваш образ мыслей всегда имел то же направление, вы не помните, чтобы когда-либо что-то выглядело по-другому.

Вот почему вы отрицаете, что страдаете от тревожности сознания/ПТСР. Вы не обманываете, вы не лжец, пытающийся кого-то обмануть, – вы искренне/по-настоящему не знаете, кто вы.

способность мгновенно выходить из себя по пустякам есть неопровержимая улика, что у вас тревожное сознание/ПТСР

Существует, однако, красноречивый признак того, что вы страдаете от тревожности сознания/ПТСР.

Если до боя вы были почти всем довольны, уравновешены, не вспыльчивы, возможно, даже хладнокровны – а теперь, после боя:

вы неудовлетворены, мгновенно проявляете нетерпение, становитесь раздражены, недовольны, раздосадованы;

вы испытываете сильные приступы гнева по малейшему поводу, – то новое для вас состояние гневливости есть неопровержимое свидетельство, что вы страдаете от тревожного сознания/ПТСР.

Замечаете ли вы эту негативную перемену в себе? Наверное, нет, потому, что это похоже на Состояние Человека¹, который не в состоянии видеть негативную перемену в себе, вполне очевидную для других. Таким образом, вы, скорее всего, не знаете, что у вас произошли подвижки в голове. Следовательно, когда близкий человек (или посторонний) осторожно предположит, что, может быть, вы изменились – и, возможно, не в лучшую сторону – очень часто вы можете глубоко обидеться и воспринять его как Врага.

(6) «слепой поиск»: ветераны ищут то, не знаю что (душевного мира)

(А) многие, если не большинство ветеранов считают, что их существование с тревожным сознанием нормально и проводят остаток своей жизни в поиске того, не знаю что, чего им не хватает в жизни.

Это «не знаю что» – душевный мир/покой, но они не могут это сформулировать, не могут описать того, что ищут, потому что не знают, чего именно они желают; их сознание слишком взбаламучено, а покой в первую очередь важен для душевного мира.

¹ Название студийного альбома американской трэш-метал группы Exodus, выпущенного 7 мая 2010 года. Тематикой песен являются извечные проблемы человечества: война, смерть, общество, политика и религия. Употребление автором в данном контексте представляет прецедентный феномен, отсылающий читателя к известному в его кругах явлению культуры.

(В) проблема: кем нужно быть, чтобы сохранить дом с женой и детьми?

Как удержаться на работе и построить карьеру?

Как вести семью к счастливой/удовлетворенной жизни?

Если вами владеет/движет бессознательное, беспокойное стремление; безымянное, безликое, разрушающее семью, разрушающее взаимные обязательства стремление уйти и искать «не знаю что», чего не можете назвать, но глубоко внутри ощущаете, что оно отсутствует в вашей жизни? (Далее это состояние именуется «слепым поиском»).

(С) У вас, конечно, часто это бывает? Вы неудовлетворены; испытываете беспокойство, скуку и очень легко раздражаетесь; злоупотребляете алкоголем; злоупотребляете наркотиками; обманываете жену; имеете множество неудачных отношений/браков; и ведете себя так, на что однажды нельзя взглянуть без сожаления.

1. Естественно, для вас обидно думать, что ваше существование замкнулось на таком поведении;

2. Вы обречены бесконечно скитаться в тумане заблуждения, удивляясь, что происходящее с вами «неправильно», по сравнению с тем, как вам хочется жить;

3. Вы приходите к выводу, что с вами НЕ ВСЕ В ПОРЯДКЕ по причине потери достоинства, чувства одиночества в этом мире, и так далее;

4. Если эти негативные чувства вводят вас в штопор, в ненависть к себе настолько опасную, что жизнь становится сущим адом, то мысли «закончить все», чтобы получить благословенное облегчение от этой ядовитой ненависти начинает казаться разумной. (Это описание образа мыслей подверженного риску суицида).

5. Этим беспокойным состоянием сознания можно, однако, управлять. Как? Ответ довольно прост и заключается только в тринадцати словах: «Объясните, *почему* ветеран таков, каков он есть – тем самым вы сохраните жизнь ветерану».

(7) объясните, почему ветеран таков, каков он есть – тем самым вы сохраните жизнь ветерану

А) Однажды вы узнаете, почему вы тот, кто вы есть – что большинство ваших неприятностей обусловлены и вызваны «слепым поиском» душевного мира/покоя, которые вы потеряли в армии – а не вы-

званы каким-нибудь дефектом в вас, не вызваны некоторыми изъянами вашего характера.

Б) Свет вспыхивает в вашем сознании, и вы понимаете, что вы В ПОРЯДКЕ – НОРМАЛЬНЫ; чтобы это прочувствовать, повторите: В ПОРЯДКЕ и НОРМАЛЬНЫ (это описание образа мыслей больше не подверженного риску суицида).

С) Это счастливое понимание приподнимает тяжелую металлическую крышку люка путаницы и самообвинения над вашей головой, тем самым позволяя выбраться из тьмы неуверенности в том, что вы достойны человеческой жизни на яркий свет ПОРЯДКА и НОРМАЛЬНОСТИ, который позволяет вам управлять вашим ПТСР, вместо того, чтобы оно управляло вами.

(8) ПО ПУТИ, ОБЪЯСНЯЮЩЕМУ МОЛЧАНИЕ ВЕТЕРАНОВ

Как известно, на войне вы даете слово чести танцевать со Смертью, а не убегать от нее прочь.

Этот самоубийственный вальс известен под названием «исполнение своего долга».

Когда вы исполняете свой долг, несмотря на отчаянное желание бежать из ада, воющего вокруг, вы зарабатываете честь.

Зарабатывать честь под огнем – это невыразимый, неопикуемый, изменяющий жизнь опыт, потому что ваш партнер Смерть подхватывает и бросает вас с ураганной силой в другой мир.

Этот отважный новый мир так далек от дома, что, когда вы возвращаетесь, вы чувствуете себя чужим в собственном родном городе, в одиночестве в толпе тех, кого вы когда-то знали, гостем с другой планеты. Вы, Мир Воинов, находитесь далеко за пределами света.

Хотя вы исполнили свой долг, пережили танец, и вернулись домой – вы вернулись не весь. Ваше сердце и ум еще в Мире Воинов. Они всегда пребудут в Мире Воинов, далеком, как Марс. Они его никогда не покинут, они лежат там на мусорке, погнутые и скрученные навсегда в «посттравматическом стрессовом расстройстве» (ПТСР). Схожесть, общность этих невидимых, бескровных ран объясняет, почему ветераны обычно думают и поступают одинаково.

В то время как зарабатывание чести под огнем повреждает вас до невозможности восстановления, оно также сплавивает вас и дру-

гих ветеранов в «Отряд Братьев» – то есть Людей Чести, достойных уважения, мгновенно испытывающих чувства теплого товарищества при встрече. Мы легко общаемся друг с другом – никогда о борьбе и схватке ни на жизнь, а насмерть среди трупов, крови, боли и жестокой смерти – вспоминаем только о диких и дурацких вещах, которые происходили во время нашей военной службы. (В социальной среде ветераны практически никогда не говорят о реальных боевых действиях, но на сеансах терапии они могут открыться, если в кабинете есть кто-то, кому они могут доверять, кого могут уважать и могут рассказать тому, кто поймет и не осудит их).

Хотя мы в состоянии говорить с другими ветеранами, многим, если не большинству из нас приходится напрягаться, раздумывая, что рассказать штатским. Почему? Потому что они стоят здесь, на планете Земля, пока наши сердца и умы валяются на мусорке на планете Марс.

ВОПРОС ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ: Способны ли вы ответить, после того, как вам сказали «привет», кому-нибудь, кто даже не находится с вами на одной планете?

ОТВЕТ: никогда

***Авторское примечание № 3, часть вторая:
айсберг самоубийств – сообщается только
о 10% самоубийств ветеранов***

По моему опыту, тревожное сознание/ПТСР, предположительно, делятся на две категории:

несмертельное;
смертельное.

несмертельное тревожное сознание/ПТСР

А – примеры, не связанные с поиском острых ощущений: пробуждаться от крика, возвращающего в бой; испытывать чувство вины, что ты жив, в то время как друзья погибли; переживать чувство обнаженности и уязвимости без пистолета под рукой; никогда не входить в магазин, ресторан, кинотеатр или бар, инстинктивно не высмотрев за что можно спрятаться, если начнут летать пули,.. если (всегда «если») здесь может возникнуть опасность; стремиться располагаться спиной к стене, чтобы по коже мурашки не ползли от страха; автоматически,

как утка, при неожиданном звуке прикрывать голову руками; и так далее.

В – примеры, связанные с поиском острых ощущений: быть недовольным, испытывать беспокойство, скуку, очень легко раздражаться; злоупотреблять алкоголем; употреблять наркотики; заниматься опасными, но захватывающими видами спорта и другими захватывающими не связанными со спортом видами деятельности; иметь увлекательное хобби; жить захватывающей жизнью; обманывать жену; иметь несколько неудачных браков; вести себя так, что однажды нельзя будет обернуться на прошлое без сожаления; и так далее.

смертельное тревожное сознание/ПТСР – скрытое, суперпод- лое желание смерти

Автор называет смертельным тревожное сознание/ПТСР «желанием смерти». Естественно, возникает вопрос: сколько ветеранов, страдающих от тревожного сознания/ ПТСР, испытывают желание смерти? Мое мнение/предположение/подозрение, что многие его испытывают и не осознают этого. Если они не знают, что ими движет бессознательный, беспокойный, навязчивый поиск покоя/душевного мира, насколько вероятно, что они будут знать, что имеют скрытое «желание смерти»? Не очень.

Ветераны злоупотребляют наркотиками и алкоголем, водят машины, как голливудские каскадеры, ездят на мотоциклах, как сумасшедшие маньяки, и т.д. и думают, что они делают это для «острых ощущений». Это верно: они делают это для острых ощущений, потому что практически все ветераны приходят домой как правило «возбужденно-сумасшедшими», что обсуждалось в Кодексе. Это лицевая, светлая сторона монеты поиска острых ощущений.

Есть, однако, и другая сторона, темная сторона, где скрытое желание смерти может проникать в топ светлой стороны «возбуждающих» поступков. Для иллюстрации/ доказательства, почему это так, это я процитирую человека, очень хорошо осведомленного в данном предмете.

В большинстве случаев желание смерти замаскировано под так называемые «несчастные случаи»

«Уважаемый автор Кодекса чести Воина. Я только что первый раз прочитал кодекс. Я говорю «первый», потому что знаю, что после

первого прочтения, потребуется последующее чтение и вдумчивый анализ. Я отставной 26-летний ветеран. Я пишу, чтобы поблагодарить вас за такое замечательное проникновение [в проблему] ветеранов боевых действий.

Я работаю гражданским менеджером по безопасности в Командовании вооруженных сил и из каждодневного опыта борьбы вижу, что ветераны погибают. Да, прилив адреналина толкает к выбору скоростного мотоцикла, высокой скорости движения, к злоупотреблению наркотиками и, в конечном счете, – очень, очень грустно – к, так называемой, «случайной» смерти этих воинов.

Пожалуйста, знайте, что я буду распространять слова Кодекса, потому что чувствую, что мы в них нуждаемся, чтобы остановить или хотя бы уменьшить потери наших героев. Помните, что только потому, что «несчастный случай» еще не произошел, не значит, что он не произойдет».

Марио Габриель-младший

(4) вопросы писателя ветеранам: является ли момент смерти сюрпризом?

А) Думаете ли вы, что ветераны, с которыми случились роковые «несчастные случаи», упомянутые выше г-ном Габриэлем, знали, что они умрут в тот день?

Б) Или они отрицали бы, что у них было желание смерти, и момент смерти был неожиданным?

С) Я предлагаю читателю-ветерану задуматься – если вы возбужденно-сумасшедший адреналиновый торчок, чье поведение мало-помалу становится все более опасным, вас может ждать «сюрприз», организованный вашим скрытым, суперподлым желанием смерти.

(5) айсберг самоубийств – сообщается только о 10% самоубийств ветеранов

Печальная истина заключается в том, что «желание смерти» у ветеранов боевых действий проявляется гораздо чаще, чем обычно считают. Для уточнения этой достаточно мрачной ситуации может оказаться полезным представлять суицид как айсберг. В крохотной верхушке, составляющей 10% объема айсберга, торчащей из воды, желание смерти действует без маскировки: так кончают с собой, беря пистолет и др. Об этой видимой, таким образом, «новости» и сообщают.

Но вне поля зрения, в 90% объема айсберга, ниже «ватерлинии», все пожелания смерти замаскированы под роковые «несчастные случаи». Поскольку эти самоубийства не очевидны, они не являются «новостями» и о них не сообщается.

Эта неподотчетность объясняет, почему американский народ понятия не имеет, насколько плохо складывается сейчас ситуация с самоубийствами ветеранов, и как плохо будет скоро, когда огромные приливные волны ПТСР нависнут над Америкой, заслоняя солнце, и полностью сокрушат ничего не подозревающую и совершенно неподготовленную нацию.

Это подводит нас к цели этого сайта – я делаю все возможное, чтобы помочь.

правда о тяжести ПТСР автора – то, что один смог сделать, другой может повторить

А) В интересах полного раскрытия, я переработал и расширил замечание, относящееся к моему личному опыту ПТСР. Обратите внимание, в начале этого авторского примечания я указал, что был когда-то в госпитале для ветеранов с тяжелой формой ПТСР. Я обращаю внимание, что это было психиатрическое отделение госпиталя; я был посажен за решетку и содержался на сильных седативных препаратах двадцать четыре часа семь дней в неделю долгое время, потому что я относился к группе высокого суицидального риска.

В) С темного дна ямы ПТСР я выцарапывал мой путь наверх и наружу, к яркому солнечному свету выздоровления, чтобы написать Кодекс чести Воина. (См. авторское примечание № 4: «Как и почему был написан Кодекс Воина – пошаговое руководство, как выйти из ПТСР и обрести покой») для завершения обсуждения этой темы.

С) Я заканчиваю это примечание универсальной истиной, старой, как мир. В наше время это было выражено в знаменитой сцене убийства медведя из американского фильма «Край». В главных ролях Энтони Хопкинс и Алек Болдуин:

«ЧТО ОДИН ЧЕЛОВЕК СМОГ СДЕЛАТЬ, ДРУГОЙ МОЖЕТ ПОВТОРИТЬ»

Авторское примечание № 4:

«Как и почему был написан Кодекс Воина»

(пошаговое руководство, как выйти из ПТСР и обрести покой)

Мой опыт 18-летнего пехотинца, участвовавшего в боях, и мои катастрофические переживания по возвращении домой привели меня к написанию Кодекса.

В общем, я это написал в надежде, что мог бы пролить немного света на то, почему ветераны боевых действий такие, как есть, чтобы они смогли лучше понять свои ПТСР и то, как они могут это исправить и обрести покой.

В частности, я написал это, чтобы предупредить моих товарищей – ветеранов боевых действий – об опасности прихода домой с нереалистичными ожиданиями и отрицанием ПТСР. Мои надежды по возвращении домой были не только неверными, но и перевернутыми с ног на голову и задом наперед тоже. Я ожидал, что все будет так же, как когда я уезжал на войну, и ожидал возвращения к своей прежней жизни, такой же, как раньше. Эти ожидания были основаны на моем неведении, что борьба и схватка ни на жизнь, а на смерть среди трупов, крови, боли и жестокой смерти делает с теми, кто ведет борьбу. Теперь я знаю, что я был ранен тайным, бескровным образом, который называется ПТСР, но тогда не осознавал этого.

Когда я пришел домой, я понятия не имел, что бой сделал меня много старше своих лет, превратив мне из незрелого подростка в человека, в мыслях старше своего собственного отца. Вот почему я был так удивлен и разочарован, обнаружив, что не имею ничего общего со своими школьными друзьями; я ожидал возобновления совместного повесничанья. Это было, как если бы я превратился в их ответственно-го, надежного родителя, а они остались по-прежнему безответственными, ненадежными подростками. После того, как друзья погибли в бою, сдержав свое слово, данное мне, сверстники казались слишком непроверенными, чтобы им доверять, и были теперь просто знакомыми, которых следует избегать.

Я понятия не имел, что я пришел домой возбужденно-сумасшедшим, что заставляло меня считать тех, кто не был готов принимать участие в опасных, но захватывающих мероприятиях, ненастоящими

людьми. Например, я ходил на «взрывную рыбалку», чтобы посмотреть, кто дольше сможет держать горящую динамитную шашку в руке, прежде чем бросить ее в воду. Я всегда выигрывал эти конкурсы, держа динамит дольше, чем кто-либо другой, так что когда я все-таки бросал его в воду, он погружался только на дюйм и взрывался, орошая всех в лодке, плюс пугая и оглушая их. В результате никто больше не хотел ездить со мной на «рыбалку».

Это лишь один пример моего возбужденно-сумасшедшего поведения адреналинового торчка. Были и другие, такие как вождение автомобиля, как голливудский каскадер, езда на мотоциклах, как безумный маньяк, и т.д. Я всегда выигрывал эти соревнования таким опасным, страшным способом, что никто не решался повторить эти трюки. В результате я чувствовал себя одиноким и в одиночестве, чужим в своем собственном родном городе. Я, конечно, считал себя безупречным, отделяясь/изолируясь от всех, кого я когда-то знал, – шептал себе что-то вроде: «Я-то в порядке, это они не в порядке». Одну разбитую надежда сменяла другая в длинной череде разочарований. Вследствие этого, возвращение домой было адом для меня – не потому, что Господь благословляет людей, только когда они в полном порядке, но из-за моих нереалистичных ожиданий и отрицания ПТСР. Сломленным, подавленным, с разбитым сердцем я покинул свой город и больше туда не вернулся.

Я окончил университет и был успешным профессионалом днем, и возбужденно-сумасшедшим алкоголиком и наркоманом ночью. Я был так счастлив оттого, что я «крутой чувак», хитро вышедший сухим из воды с горящей с обоих концов свечой моей жизни, что было настоящим шоком обнаружить, – в редкий момент честности перед собой/самоосознания, – что, невзирая на мою внешнюю успешность, в глубине души я был отчаянно несчастен. Я не мог понять, почему это так. Все, кого я знал, мечтали быть похожими на меня.

Но что шло не так, чего не хватало в моей жизни, я не знал (годы спустя я сообразил, что мой ум был в смятении от боя и отсутствующее «не знаю что» было душевным миром/покоем. Я не мог бы сформулировать эту мысль; я не мог описать то, что я старался рассмотреть, потому что не знал, что мой ум возмущен и жаждет в первую очередь покоя).

Единственное, что я знал, было то, что чем более успешным я становился внешне, тем более отчаянно несчастным я становился внутренне и тем более нуждался в помощи, хотя и не знал, в чем она должна состоять. Чем дольше я откладывал обращение за помощью, тем более безнадежным становилось мое положение, и тем более неуправляемой становилась моя жизнь. Говорят, что отчаянные люди делают отчаянные вещи. Я могу засвидетельствовать из личного опыта истинность этой поговорки. В итоге я стал так отчаянно несчастен, что мне удалось победить мое отчаяние и преодолеть унижение и стыд за предательство Пути Воинов-Мачо, отправить такого мачо, как я, в Департамент по делам ветеранов и признать, что мне нужна помощь («настоящий мужчина не нуждается в помощи!»). У меня негласно диагностировали склонность к суициду и открыто посоветовали быстрее закончить свои дела и провериться в психиатрическом отделении. Я так и сделал, был определен за решетку и посажен на сильнодействующие успокоительные препараты двадцать четыре часа в сутки, семь дней в неделю.

После долгого лечения и сна по 16 часов в день я восстановился достаточно, чтобы закончить свою связь с Медицинским советом и проверить себя в пустыне болота Хони-Айленд. Я оставался там в течение года, живя на земле. Я дал слово чести отказаться от возбуждающе-сумасшедших соблазнов жизни, бросить пить и колоться, чтобы заглушить свою вину, что я жив, а друзья погибли и положить конец всем прочим моим симптомам ПТСР, бывшим причиной саморазрушающего поведения.

Я держу свое слово по сей день. Я преодолел ломку после отказа от алкоголя, наркотиков, табака и вышел чистым, без сучка и задоринки. С тех пор так и живу. Я вышел из пустыни другим человеком; все еще ищущим «не знаю что». Я уехал далеко за пределы штата и начал в своей профессиональной деятельности все сначала. Я и теперь остаюсь успешным частным предпринимателем, скрывающимся за завесой анонимности по причинам, которые никогда не поймут гражданские, но которые ясны проливавшим кровь в грохоте битвы ветеранам. Никто, кроме моей жены, даже не знал, что я был военным, прежде чем я написал Кодекс чести Воина.

На протяжении многих лет я часто мечтал прочесть что-то вроде Кодекса Воина, который предупредил бы меня об опасности возвра-

щения домой с нереалистичными ожиданиями и отрицанием ПТСР. Это спасло бы меня от безмерной боли и страданий. Я дал себе слово чести написать предупреждение моим друзьям-ветеранам, чтобы, приходя домой, они могли реально отдавать себе отчет в том, что с ними происходит, и что они могут сделать, чтобы это исправить и обрести покой.

Поэтому я сел и сознательно позволил подавленным болезненным разочарованиям от возвращения домой и подавленным ужасным боевым воспоминаниям, прячущимся в темноте моего нутра, выйти к свету сознания, чтобы снова пережить и перестрадать их, и написать о них.

В первый раз я начал, скорчившись в углу, уткнув голову в руки, слушая, как плачет мое сердце. Второй раз проделывая этот страшный, но необходимый акт, я был в состоянии остаться сидеть за столом, положив голову на руки, рыдая безудержно долгое время. В третий раз я был в состоянии сидеть с поднятой головой, слезы текли по моим щекам, но меньше, чем раньше. В четвертый раз я плакал меньше. И так далее и так далее. Каждый раз слезы и боль были меньше, чем прежде. Так я смог написать Кодекс чести Воина. На это ушло много месяцев.

Между тем что-то чудесное медленно, незаметно происходило внутри меня. Чем больше я выводил воспоминаний о времени, проведенном в воюющем аде сражений, тем больше тишины и спокойствия я ощущал после того, как жуткая боль и слезы проходили. Другими словами, чем больше боли я сознательно претерпевал, тем самым избавляя ее, тем меньше боли оставалось, оставляя все больше места для заполнения благословенной безмятежностью, тем «не знаю что», которое я искал все эти годы.

В общем, причинение себе боли и страданий не только дало мне возможность писать Кодекс, но и также накапливать все больше и больше спокойствия. Я больше не был в поиске. Я нашел, что искал. Я писал Кодекс чести Воина, чтобы помочь другим, но начал помогать себе. Где-то в этом должен заключаться урок. Смысл моей жизни в том, чтобы предупредить моих друзей-ветеранов, что, если они придут домой с реалистичными ожиданиями и признанием ПТСР, все будет хорошо, в противном случае их ждет ад.

Древняя мудрость учит: предупрежден – вооружен. Я пришел домой непредупрежденным и оказался, таким образом, безоружным, в аду, истекая кровью – от выстрела в сердце от нереалистичных ожиданий и отрицания ПТСР. Благодаря чему на этом кровавом крючке повисла моя история.

*Подписал: Пол Р. Аллен
Бывший пехотинец 7-й пехотной дивизии Армии США, Корея.
Кавалер медали «Пурпурное сердце»,
действительный член военного ордена «Пурпурное сердце»,
действительный член Американской ассоциации
ветеранов-инвалидов.*

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	5
Об авторах	11
ГЛАВА 1. Психика солдата: мотивация, менталитет и установки	14
<i>Майкл Д. Мэтьюс</i>	
ГЛАВА 2. После битвы: насилие и Воин	39
<i>Брет А. Мур, Алан Хоупвелл и Дэйв Гроссман</i>	
ГЛАВА 3. Факторы уязвимости: повышение и понижение порога реагирования	68
<i>Артур Фримен и Шэрон Морджилло Фримен</i>	
ГЛАВА 4. Теоретические основы лечения военнослужащих	88
<i>Артур Фримен и Брет А. Мур</i>	
ГЛАВА 5. Сканирование опасности: адаптация к небоевой среде	117
<i>Лорен М. Коносценти, Вера Вайн, Энтони Папа и Брет Литц</i>	
ГЛАВА 6. Лечение тревожных расстройств	144
<i>Дэвид С. Риггс</i>	
ГЛАВА 7. Депрессия и самоубийство: модель предрасположенности к стрессу и ее использование для лечения	171
<i>Дэвид Радд</i>	
ГЛАВА 8. Психоактивные вещества: употребление, неправильное употребление и злоупотребление; объяснение возникающих проблем и совладание с ними	195
<i>Шэрон Морджилло Фримен и Майкл Р. Херст</i>	

ГЛАВА 9. Нарушения сна у военнослужащих: факторы, последствия и лечение	222
<i>Брет А. Мур и Барри Краков</i>	
ГЛАВА 10. Интимные отношения в семьях военных	247
<i>Джудит А. Лайонс</i>	
ГЛАВА 11. Война и дети: как они справляются с участием родителей в развертывании	274
<i>П. Алекс Мейб</i>	
ГЛАВА 12. Дети военных: иногда сироты войны	301
<i>Джудит А. Козн, Робин Ф. Гудмен, Кэрол Кэмпбелл, Бонни Л. Кэрролл и Хизер Кампанья</i>	
ГЛАВА 13. Горе, утрата, честь и память: духовность и работа с военнослужащими и членами их семей	327
<i>Кент Д. Дрешер, Марисса Бургойн, Элизабет Касас, Лорен Ловато, Эрика Карран, Илона Пивар и Дэвид У. Фой</i>	
ГЛАВА 14. Кодекс чести Воинов	361
<i>Пол Р. Аллен</i>	

КНИГИ ИЗДАТЕЛЬСТВА «АЛЕТЕЙЯ» МОЖНО ПРИОБРЕСТИ

в Санкт-Петербурге:

КНИЖНЫЙ МАГАЗИН	«ПОДПИСНЫЕ ИЗДАНИЯ»
Санкт-Петербург, Литейный пр., 57	(с 10:00 до 22:00)
8 (812) 273 50 53	www.podpisnie.ru
КНИЖНЫЙ МАГАЗИН	«ВСЕ СВОБОДНЫ»
Санкт-Петербург, ул. Некрасова, 23	(с 12:00 до 22:00)
8 (911) 977 40 47	www.vse-svobodny.com
КНИЖНЫЙ МАГАЗИН	«КНИЖНАЯ ЛАВКА ПИСАТЕЛЕЙ»
Санкт-Петербург, Невский пр., 66	(с 10:00 до 22:00)
8 (812) 640 44 06	www.lavkapisateley.spb.ru
КНИЖНЫЙ МАГАЗИН	«СЛОВО»
Санкт-Петербург, ул. Малая Конюшенная, 9	(с 11:00 до 20:00)
8 (812) 571 20 75, 8 (812) 312 52 00	www.slovo.net.ru
ДУХОВНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР	
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЙ ЕПАРХИИ	
Санкт-Петербург, Невский пр., 177	(с 10:00 до 20:00)
8 (812) 643 77 43	www.vk.com/dpcspbe

в Москве:

КНИЖНЫЙ МАГАЗИН	«МОСКВА»
Москва, ул. Тверская, д. 8, стр. 1	(с 09:00 до 24:00)
8 (495) 629 64 83, 8 (495) 797 87 17	www.moscowbooks.ru
КНИЖНЫЙ МАГАЗИН	«ФАЛАНСТЕР»
Москва, Малый Гнезниковский пер., 12/27	(с 11:00 до 20:00)
8 (495) 749 57 21, 8 (495) 629 88 21	www.falanster.su
КНИЖНЫЙ МАГАЗИН	«ЦИОЛКОВСКИЙ»
Москва, Пятницкий пер., 8	(с 11:00 до 22:00)
8 (495) 951 19 02	www.primuzee.ru
КНИЖНЫЙ МАГАЗИН	«БУКВЫШКА»
Москва, ул. Мясницкая, 20	(пн.–пт. с 10:00 до 20:00, сб. с 10:00 до 19:00)
8 (495) 621 49 66, 8 (495) 628 29 60	www.bookshop.hse.ru

КНИЖНЫЙ МАГАЗИН
Москва, Мясницкая ул., д. 6/3, стр. 1

«БИБЛИО-ГЛОБУС»
(пн.–пт. с 9:00 до 22:00, сб.–вс. с 10:00 до 21:00)
www.biblio-globus.ru

КНИЖНЫЙ МАГАЗИН
Москва, ул. Чайнова, 15
8 (495) 250-65-46

«У КЕНТАВРА»
(пн.–пт. с 10:00 до 19:30, сб. с 10:00 до 17:00)
www.rsuh.ru/kentavr

в Минске, Киеве, Варшаве, Риге:

КНИЖНЫЙ МАГАЗИН
Минск, ул. Казинца, 123, оф. 4
+375 17 338 95 23

«ЭПОСЕРВИС»
www.tregross.com

КНИЖНЫЙ МАГАЗИН
Киев, Вербовая ул., 8
+38 067 273-50-10

«КНИЖНЫЙ БУМ»
(вт.–вс. с 11:00 до 17:30)
www.academbook.com.ua

КНИЖНЫЙ МАГАЗИН
Ptasia 4, 00-138 Warszawa
+48 22 826 17 36

при «Centrum Nauczania Języka
Rosyjskiego w Warszawie»
www.jezykrosyjski.com.pl

КНИЖНЫЙ МАГАЗИН
Kr. Barona iela 45/47, Rīga
+371 67315727

«Intelektuālā grāmata»
(пн.–пт. с 10:30 до 19:00, сб. с 11:00 до 18:00)
www.merion.lv

Электронные книги:

ДИРЕКТ-МЕДИА www.directmedia.ru
ЛИТРЕС www.litres.ru

Интернет-магазины:

КНИЖНЫЙ МАГАЗИН «МОСКВА» www.moscowbooks.ru
OZON www.ozon.ru
NATASHA KOZMENKO BOOKSELLERS www.nkbooksellers.com
ESTERUM www.esterum.com
БУКВОЕД www.bookvoed.ru
ЧИТАЙ ГОРОД www.chitai-gorod.ru
MY-SHOPRU www.my-shop.ru
КНИЖНЫЙ БУМ www.academbook.com.ua

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА ЗАПАДНОЙ ВОЕННОЙ ПСИХОЛОГИИ:
психотерапия стрессовых расстройств
военнослужащих и членов их семей

Главный редактор издательства
Игорь Александрович Савкин



Дизайн обложки *И. Н. Граве*
Оригинал-макет *Л. Г. Иванова*
Корректор *Д. Ю. Былинкина*

ИД № 04372 от 26.03.2001 г.
Издательство «Алетейя»

Заказ книг: тел. +7 (921) 951-98-99,
e-mail: fempro@yandex.ru, Савкина Татьяна Михайловна
192029, г. Санкт-Петербург, пр. Обуховской Обороны, д. 86 А, оф. 536, 532

Редакция:
e-mail: aletheia92@mail.ru

www.aletheia.spb.ru

*Книги издательства «Алетейя» можно приобрести
в Москве:*

«Библио-Глобус», ул. Мясницкая, 6. www.biblio-globus.ru
Дом книги «Москва», ул. Тверская, 8. Тел. (495) 629-64-83
«Русское зарубежье», ул. Нижняя Радищевская, 2. Тел. (495) 915-27-97
«Фаланстер», М. Гнезниковский пер., 12/27. Тел. (495) 749-57-21, 629-88-21
«Циолковский», ул. Б. Молчановка, 18. Тел. (495) 691-51-16
Книжная лавка «У Кентавра». Миусская площадь, д. 6, корп. 6
Тел. (495) 250-65-46, +7-901-729-43-40, kentavr@kpole.ru

в Киеве:

«Книжный бум». Тел. +38 067 273-50-10, gron1111@mail.ru

в Минске:

«Трэгресс-Бук», ул. Казинца, д. 123, оф. 4.
Тел. +37 517 338 95 23, www.tregross.com

в Варшаве:

«Centrum Nauczania Języka Rosyjskiego»,
ul. Ptasia 4. Тел. +48 (22) 826-17-36, szkola@jezykrosyjski.com.pl
в Риге:

«Intelektuāla grāmata»

Rīga, Kr. Barona iela 45/47. Тел. +371 67315727, info@merion.lv

Интернет-магазин: www.ozon.ru

Формат 60х88 1/16. Усл. печ. л. 24,5. Печать офсетная.

Тираж 99 экз. Заказ №