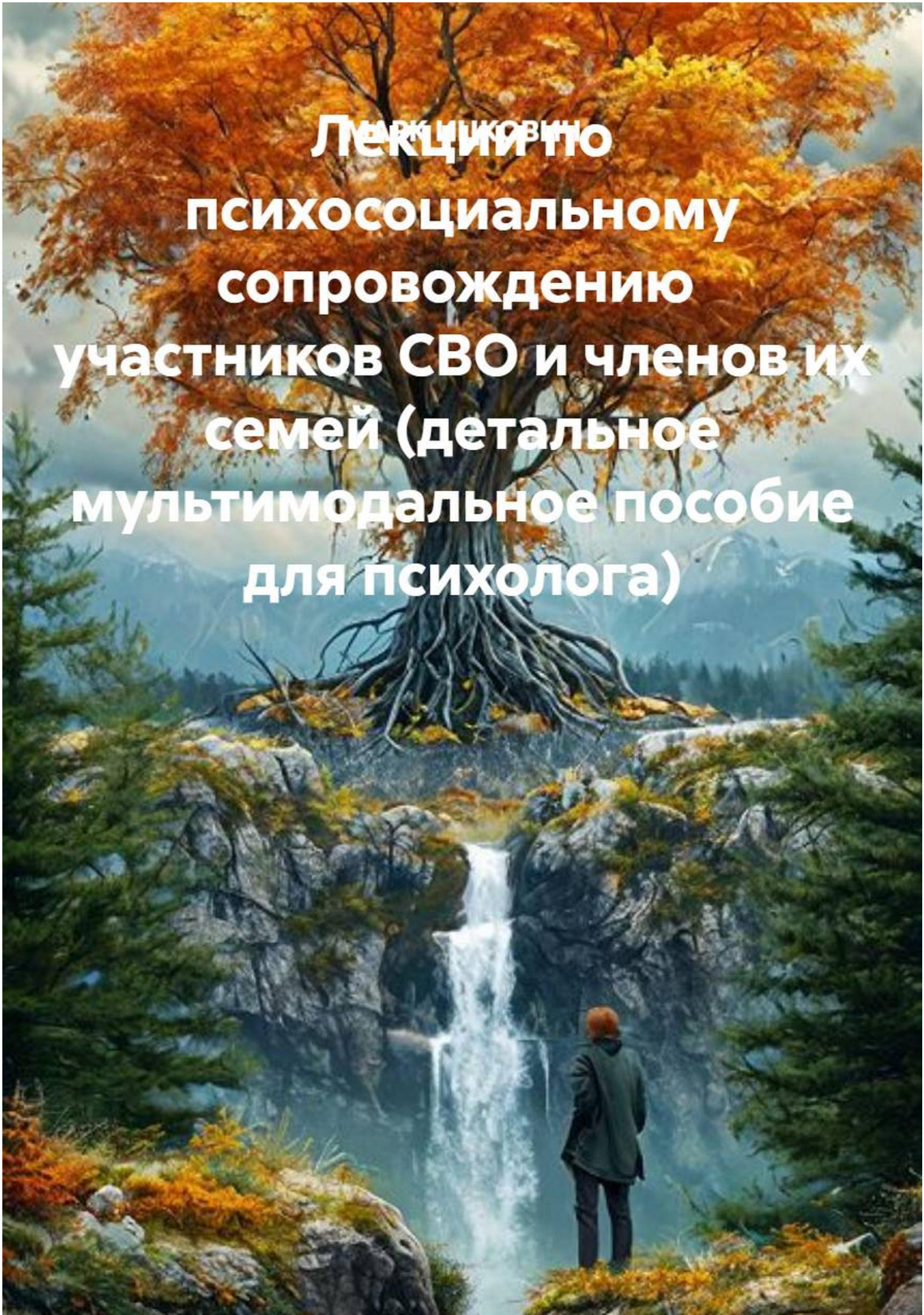
Марк Шиковин

Лекции по психосоциальному сопровождению участников СВО и членов их семей (детальное мультимодальное пособие для психолога)



МАРК ИЦКОВИЧ

Лекции по психосоциальному сопровождению участников СВО и членов их семей (детальное мультимодальное пособие для психолога)

«Автор»
2026

ИЦКОВИЧ М.

Лекции по психосоциальному сопровождению участников СВО и членов их семей (детальное мультимодальное пособие для психолога) / М. ИЦКОВИЧ — «Автор», 2026

Данный курс лекций представляет собой углублённое междисциплинарное пособие для психологов социальных центров, педагогов-психологов и специалистов, работающих с участниками СВО и их семьями. Программа интегрирует данные нейробиологии, психоэндокринологии, психосоматики, психоанализа и доказательных методов терапии травмы.Структура из 7 модулей (72 ак. часа, 40 лекций) последовательно раскрывает нейробиологию ПТСР и критерии МКБ-11, методологию работы с семейными дисфункциями и вторичной травмой, EMDR-протоколы, техники символдрамы, психосоматическую переработку через телесность (ImKP), а также обзор КПТ, гештальт- и арт-терапии. Уникальность курса — обязательный четырёхуровневый анализ каждого феномена. Пособие содержит полные клинические скрипты, пошаговые протоколы и шпаргалки, что обеспечивает немедленное применение знаний в практике. Особое внимание уделено этике, профилактике выгорания и соответствию рекомендациям Минздрава РФ.

© ИЦКОВИЧ М., 2026
© Автор, 2026

Содержание

Лекции по психосоциальному сопровождению 5
Аннотация к программе повышения квалификации «Социально-психологическое сопровождение участников СВО и членов их семей» 5
Лекция 1.1. Определение психической травмы 8
Лекция 1.2. Механизм возникновения психической травмы 12
Лекция 1.3. Нейробиология психической травмы 16
Лекция 1.4. Последствия психической травмы 21
Лекция 1.5. Понятие шоковой психической травмы 26
Лекция 1.7. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) 32
Лекция 1.8–1.9. Общепсихологическая модель ПТСР. Фазы развития и симптоматика ПТСР 37
Лекция 1.10. Типы ПТСР 45
Лекция 1.11. Связь ПТСР с другими психическими нарушениями 53
(58:00 – 60:00) Часть 6. Методика «Треугольник коморбидности» и кейс 59
(60:00) Резюме и задание 61
Лекция 1.12. Диагностические критерии ПТСР по DSM-V, МКБ-10, МКБ-11 62
Лекция 1.13. Методические рекомендации Минздрава РФ по работе с ПТСР (обзор) 68
Лекция 1.14–1.15. Понятие диссоциации. Перитравматическая и посттравматическая диссоциация 74
Лекция 2.2. Невротические и психосоматические расстройства у членов семьи комбатанта. Феномен индукции 88
Конец ознакомительного фрагмента. 95

МАРК ИЦКОВИЧ
Лекции по психосоциальному сопровождению участников СВО и членов их семей (детальное мультимодальное пособие для психолога)

Лекции по психосоциальному сопровождению участников СВО и членов их семей (детальное мультимодальное пособие для психолога)

Аннотация к программе повышения квалификации «Социально-психологическое сопровождение участников СВО и членов их семей»

Представленный курс лекций является углублённым, междисциплинарным учебно-методическим пособием, разработанным для психологов центров социального обслуживания населения, педагогов-психологов и других специалистов, оказывающих помощь участникам специальной военной операции и членам их семей.

Актуальность программы обусловлена острой потребностью в высококвалифицированной, научно обоснованной и практико-ориентированной психологической помощи лицам, пережившим боевую и вторичную травму. Курс объединяет современные достижения нейробиологии, психоэндокринологии, психосоматики, психоанализа, когнитивно-поведенческой и системной семейной терапии, а также специализированные протоколы работы с травмой (EMDR, ImKP, символдрама, арт-терапия, МАК и др.).

Структура курса включает 7 модулей, последовательно раскрывающих:

Нейробиологию и клинику ПТСР: механизмы травмы, типы ПТСР, феномен диссоциации, индукции, современные диагностические критерии (DSM-V, МКБ-11) и методические рекомендации Минздрава РФ.

Методологию работы с семьёй комбатанта: семейные дисфункции, индуцированные расстройства, этапы семейной терапии, профилактику выгорания специалиста, вторичный травматический стресс и викарную травму.

EMDR-протоколы: от классического восьмифазного протокола до специальных техник работы с флешбеками («Счастлистая история»), разовой, множественной и комплексной военной травмой, с членами семей и детьми комбатантов.

Символдраму (кататимно-имагинативную психотерапию): диагностику состояния через образы, ресурсные мотивы («Безопасное место», «Источник сил», «Три водопада») и мотивы переработки травмы («Опушка леса», «Колодец», «Гора», «Дом») с реализацией стратегии «Из жертвы в выжившего».

Психосоматические методы переработки травмы: способы нахождения фиксаций травмы в телесности, техники отреагирования (дыхание, вокал, движение, дрожь) и расширенные про-

токолы имагинативной психотерапии тела (ImKP), включая ресурсирование органов, работу с образом болезни и изменение пространственно-временного восприятия.

Обзор интегративных подходов: психоаналитически ориентированная терапия, гештальт-терапия, юнгианская психотерапия, экзистенциальный подход (логотерапия), ориентированная на решение краткосрочная терапия (ОРКТ), психодрама, арт-терапия, метафорические ассоциативные карты (МАК), системная семейная терапия и методы КПТ (TF-CBT, CPT, PE).

Итоговую аттестацию: тестирование, анализ комплексного кейса и рефлексивное эссе, позволяющие закрепить знания и освоить алгоритмы практической работы.

Особенность курса — обязательный четырёхуровневый анализ каждого феномена и метода (нейробиологический, эндокринологический, психосоматический, психоаналитико-когнитивный). Все лекции содержат полные клинические скрипты, пошаговые протоколы, примеры кейсов и подробные «шпаргалки» для работающего специалиста.

Практическая ценность: курс даёт не только теоретическую базу, но и конкретные инструменты для оказания помощи при ПТСР, вторичной травматизации, семейных конфликтах, психосоматических расстройствах, утрате и горе. Особое внимание уделено этическим аспектам, профилактике профессионального выгорания и интеграции методов в реальную практику центров социального обслуживания.

Целевая аудитория: психологи, психотерапевты, социальные работники, педагоги-психологи, а также студенты старших курсов психологических и медицинских вузов, интересующиеся современными подходами к травма-терапии.

Объём и форма: курс рассчитан на 72 академических часа и представлен в виде 40 подробных лекций, структурированных по модулям, с приложениями-шпаргалками и списком литературы.

Курс подготовлен на основе действующих клинических рекомендаций Минздрава РФ, международных руководств (ISTSS, VA/DoD, WHO) и многолетнего практического опыта работы с военнослужащими, ветеранами и членами их семей.

Об авторе: Марк Матусович Ицкович

Марк Матусович Ицкович — это учёный, педагог и общественный деятель, чья жизнь и работа являются примером многогранного служения. За его плечами — боевой опыт, руководство образовательными и медицинскими структурами, глубокая научная работа и многолетняя деятельность на стыке психологии, педагогики и медицины. Представленная ниже информация призвана всесторонне отразить его профессиональный путь и высокие достижения.

Профессиональная деятельность

Марк Матусович совмещает многогранную деятельность, находясь на стыке практической психологии, образования, науки и государственного управления.

Заведующий базовой кафедрой: Заведует базовой кафедрой «Коррекционная педагогика и психология» в Уральском федеральном университете (УрФУ), готовя новых специалистов для работы со сложными категориями населения.

Глава АНО: Является председателем АНО «Лига психологов доабортного и семейного консультирования» (г. Москва), а также руководителем психологической службы благотворительной программы «Спаси жизнь!».

Преподавательская и экспертная деятельность: Имеет многолетний опыт преподавания и является признанным экспертом в области кризисной психологии, публикуя научные труды и выступая на конференциях и вебинарах.

Ветеран боевых действий

Главный психолог объединенной группировки войск на Северном Кавказе в 2009 году

За выполнение государственных задач в ДНР в 2022 году награжден правительственной награбой медалью «Луки Крымского»

Научная и общественная деятельность

Научная и общественная деятельность Марка Матусовича сфокусирована на поддержке семьи и детства, помощи в кризисных ситуациях и развитии профессионального сообщества.

Служение и поддержка семьи: Является одним из первых религиозных психологов в России с 1996 года. Ведёт активную работу по помощи беременным женщинам и семьям в трудной жизненной ситуации через программы «Спаси жизнь!» и Общероссийское общественное движение «За жизнь!».

Кризисная психология: Обладает богатым опытом кризисного консультирования в пенитенциарной системе, боевых действиях и кризисных психиатрических отделениях, а также много лет посвятил профилактике суицидального поведения у взрослых и подростков.

Научные публикации: Является автором многочисленных научных статей и учебно-методических пособий. Его работы посвящены проблемам когнитивной науки, управления в корректионных учреждениях, медицинскому страхованию репродуктивного здоровья и особенностям перинатального консультирования.

Вклад в науку и образование: Регулярно публикуется в ведущих научных журналах, индексируемых в РИНЦ, а также участвует в крупных международных конференциях (например, ICERI2018), представляя результаты исследований своей научной школы.

Во время Отечественной войны в рядах Вооруженных Сил, его отец и деды защищали Родину, и Марк Матусович с честью продолжает их дело, внося вклад в психологическое и нравственное здоровье общества.

Лекция 1.1. Определение психической травмы

(0:00 – 2:00) Введение. Почему важно правильно определить травму

Добрый день, коллеги. Мы начинаем наш курс с самого главного — с определения психической травмы. Казалось бы, зачем психологу еще раз объяснять, что такое травма? Но практика работы с участниками СВО и их семьями показывает: многие из нас путают травму с сильным стрессом, а ПТСР — с обычной тревогой. Эта ошибка дорого обходится клиентам. Мы можем начать «прорабатывать детство», когда человеку нужна немедленная стабилизация нервной системы. Или, наоборот, не заметить травму у жены комбатанта, потому что «она же не воевала».

Поэтому сегодня мы разберем четкое, научное и одновременно понятное определение психической травмы. И главное — увидим, как это определение работает на четырех уровнях: в мозге, в гормонах, в теле и в бессознательном.

(2:00 – 12:00) **Часть 1. Что такое психическая травма? Отличие от стресса**

Ключевое определение (запишите его себе):

Психическая травма — это не само травматическое событие. Это особое состояние нервной системы и психики, которое возникает, когда человек не может переработать угрожающий его жизни или целостности опыт, и этот опыт «застревает» внутри в не переваренном виде.

То есть главное слово здесь — не переработанность. Если человек попал в аварию, испугался, но через пару дней обсудил с друзьями, выплакался, понял, что опасность прошла — это сильный стресс, но не травма. Если же он не может вспомнить детали аварии, или они врываются в сознание против воли, или он избегает садиться в машину — это травма.

Простые критерии травматического события (по DSM-5, но упрощенно):

Человек столкнулся с реальной или угрожающей смертью, серьезным ранением, насилием.

В момент события он испытал ужас, беспомощность, потерю контроля.

Важное дополнение для работы с семьями СВО: травма может быть вторичной — когда человек не сам участвовал в бою, а узнал о гибели близкого, или месяцами жил в неизвестности. Мозг жены комбатанта реагирует так же, как и мозг бойца, потому что угроза для привязанности (потеря мужа) для мозга равна угрозе собственной жизни. Это доказано нейробиологически.

Пример из практики:

Боец, позывной «Кедр», после миномётного обстрела, где погиб его сослуживец, вернулся домой. Говорит: «Я нормально, все пережил». Но не спит по ночам, боится громких звуков, не может есть борщ, потому что красный цвет напоминает кровь. Жена говорит: «Он просто устал». Нет, это признаки того, что опыт не переработан. Травма есть.

(12:00 – 22:00) **Часть 2. Четыре уровня понимания травмы**

Теперь пройдем по каждому из четырех уровней, которые мы будем использовать во всем курсе. Это даст вам целостную картину.

2.1. Нейробиологический уровень

Что происходит в мозге в момент травмы и после?

Миндалевидное тело (амигдала) — наша «пожарная сигнализация». При травме оно срабатывает с максимальной мощностью. Оно не различает реальную и воображаемую угрозу. Для него звук вертолета сейчас — это тот самый вертолет, который сбрасывал бомбы.

Гиппокамп — «библиотекарь памяти». Он должен прикрепить воспоминание к контексту: «это было тогда и там, сейчас я в безопасности». При травме гиппокамп временно отклю-

чается из-за перегрузки кортизолом. Поэтому воспоминания не уходят в архив, а бродят по мозгу как неприкаянные.

Префронтальная кора (ПФК) — наш «директор». Она может осознанно успокоить миндалину, сказав: «Сейчас 2025 год, ты дома, опасности нет». Но при травме ПФК тоже подавлена.

Итог: Мозг застревает в режиме «тревога, тревога, я не могу остановиться».

2.2. Эндокринологический уровень

Гормоны — это химический язык стресса.

В момент травмы адреналин и норадреналин зашкаливают. Человек может проявлять нечеловеческую силу или, наоборот, замереть.

Кортизол — гормон поддержания энергии — сначала высокий, но при хронической травме (или при ПТСР) его уровень может стать аномально низким, особенно утром. Это объясняет «утреннюю тяжесть», депрессию, невозможность встать с постели у ветеранов.

Важное открытие: у людей с ПТСР нарушена обратная связь в оси гипоталамус-гипофиз-надпочечники. Система «помех» не работает. Поэтому даже легкий стресс вызывает бурю, которая не затухает часами.

Для практики: когда клиент говорит «я взрываюсь из-за ерунды», это не слабость. Это его эндокринная система не может выключить тревогу.

2.3. Психосоматический уровень

Тело помнит травму лучше, чем сознание. Телесные проявления травмы:

Хронические напряжения (челюсть, плечи, диафрагма, тазовое дно) — это «панцирь», который зафиксировал реакцию борьбы или бегства, которая не завершилась.

Потеря чувствительности («я не чувствую ног», «у меня как будто не мое тело») — диссоциация на телесном уровне.

Соматические триггеры: запах горелого вызывает тошноту, звук хлопка — резкую боль в спине.

Пример: один боец после подрыва в БТРе не мог носить узкие ботинки, потому что когда его вытаскивали из машины, они слетели. Тело «запомнило» эту потерю обуви как угрозу.

2.4. Психоаналитический уровень

С точки зрения психоанализа (в адаптированном для практики виде), травма — это прорыв в «стимульный барьер» (по Фрейду). У психики есть защита от чрезмерных раздражений. Травма эту защиту пробивает.

Дальше психика пытается справиться двумя способами:

Вытеснение — травма уходит в бессознательное, но продолжает влиять (через сны, оговорки, невротические симптомы).

Принудительное повторение — человек бессознательно воссоздает ситуации, похожие на травму, пытаясь «переиграть» её и победить. Например, ветеран снова и снова вступает в опасные конфликты.

Защиты при травме: изоляция аффекта (рассказывает о страшном как о чужом), отчуждение (это было не со мной), проекция (мир опасен, все хотят мне навредить).

Важно для психолога: не пытаться «вытащить» вытесненную травму насильно. Сначала нужно создать безопасные условия, иначе повторная травматизация неизбежна.

(22:00 – 32:00) **Часть 3. Методика «Назови это» и разбор кейса**

Методика «Назови это» (скрипт для работы)

Это простая, но очень мощная техника, которую может использовать любой психолог. Она работает на всех четырех уровнях: дает мозгу возможность начать символизацию (психоанализ), снижает активность амигдалы (нейробиология), снижает кортизол (эндокринология) и возвращает чувство контроля над телом (психосоматика).

Скрипт для психолога:

«Я предлагаю вам сделать первый, очень важный шаг. Не нужно рассказывать подробности. Просто дайте этому переживанию имя. Любое слово или короткую фразу. Например: “тот день”, “взрыв”, “похоронка”, “тишина в телефоне”. Выберите то слово, которое звучит для вас сейчас правдиво. Не красивое, не правильное — а ваше. Теперь скажите это имя вслух, если готовы. А теперь представьте, что вы пишете это имя на листе бумаги и ставите точку. Это ваша травма, и теперь у неё есть имя. Вы не сливаетесь с ней, вы — тот, кто назвал».

Что происходит:

Нейробиология: Вербализация переключает активность с правой амигдалы на левую ПФК.

Эндокринология: Снижается выброс норадреналина.

Психосоматика: Исчезает или ослабевает мышечный зажим, связанный с безымянным ужасом.

Психоанализ: Происходит первичная символизация — травма перестаёт быть «вещью в себе» и становится элементом речи.

Когда применять: после установления контакта, на этапе стабилизации, при первых признаках интрузий.

Кейс для разбора (10 минут, включая обсуждение)

Кейс:

К вам обратилась Елена, 34 года. Её муж — участник СВО, вернулся три месяца назад. Сам муж не хочет идти к психологу. Елена говорит: «Я не понимаю, что со мной. Я сама никогда не воевала. Но я перестала спать, у меня кружится голова, когда звонят с незнакомых номеров. А недавно я испугалась фейерверка у соседей — упала на пол и заплакала. Это же ненормально? Может, у меня с головой?»

Задание слушателям (на паузу 2 минуты):

Есть ли у Елены психическая травма по нашему определению?

Какие признаки указывают на то, что опыт не переработан?

На каком уровне (нейро, эндо, психосоматика, психоанализ) происходят нарушения?

Правильный разбор (ведущий комментирует):

Да, это классическая вторичная травма (травма привязанности). Для мозга угроза потери мужа приравнивается к угрозе собственной жизни.

Признаки непереработанности: интрузия (непроизвольный страх при звонке), гиперреакция на фейерверк (триггер), диссоциативная реакция («упала на пол как будто не я»).

Уровни:

Нейро: Амигдала жены синхронизировалась с состоянием мужа через зеркальные нейроны.

Эндо: Хронически повышен уровень кортизола и норадреналина.

Психосоматика: Головокружение — сосудистая реакция на постоянное напряжение.

Психоанализ: Идентификация с мужем через проекцию его ужаса внутрь себя.

Что делать психологу (кратко):

Не говорить «успокойтесь». Признать реальность: «Ваш страх имеет причину, вы не сошли с ума».

Стабилизация: техника заземления 5-4-3-2-1.

Психообразование: объяснить, что такое вторичная травма.

Только потом — привлечение мужа или работа с парой.

(32:00 – 38:00) **Часть 4. Ответы на типичные вопросы слушателей**

Соберем типичные сомнения, которые возникают у психологов соцобслуживания.

Вопрос 1: «А если клиент говорит, что у него нет травмы, но я вижу симптомы? Настаивать?»

Ответ: Ни в коем случае. Называние травмы — это право клиента. Вы можете сказать: «Я вижу, что вы страдаете. Неважно, как это называть. Давайте лучше посмотрим, что помогает вам чувствовать себя чуть спокойнее». Принудительное навешивание ярлыка «ПТСР» травмирует.

Вопрос 2: «Как отличить травму от обычного стресса у жены участника СВО?»

Ответ: Обычный стресс проходит, когда исчезает причина. Если муж вернулся, но симптомы у жены длятся более месяца — скорее всего, травма. Ключевой маркер — избегание: женщина перестала смотреть новости, просит мужа не рассказывать, не может зайти в комнату, где висит его форма.

Вопрос 3: «Мы же не врачи. Можем ли мы ставить понятие “травма”?»

Ответ: Поставить диагноз «ПТСР» — право психиатра. Но сказать «у вас признаки травматической реакции, опыт не переработан» — это в компетенции психолога. Главное — не навредить и не пропустить случай, когда человеку нужно к психиатру (суицидальные мысли, психоз).

(38:00 – 40:00) **Резюме и задание для самопроверки**

Ключевые выводы лекции:

Психическая травма — это не событие, а застрявшая реакция на событие.

Она работает на четырёх уровнях: мозг (амигдала, гиппокамп), гормоны (кортизол, норадреналин), тело (зажимы, утрата чувствительности), бессознательное (вытеснение, повторение).

Члены семьи комбатанта страдают вторичной травмой, и она не менее серьезна, чем первичная.

Первая помощь при травме — не «раскопать», а стабилизировать и дать имя переживанию (методика «Назови это»).

Задание для самостоятельной работы (не на оценку, для себя):

Вспомните любого клиента из вашей практики (можно изменить детали). Определите:

— Был ли у него признак того, что опыт не переработан?

— Какой уровень (нейро, эндо, психосоматика, психоанализ) проявлялся ярче всего?

— Как бы вы применили методику «Назови это» в том случае?

Лекция 1.2. Механизм возникновения психической травмы

(0:00 – 3:00) Введение. Почему механизм важнее определения

На прошлом занятии мы дали определение: психическая травма — это непереработанный опыт, который застревает в нервной системе. Сегодня мы ответим на главный вопрос: как именно происходит это застревание? Почему один и тот же взрыв один человек переживает и забывает, а другой – получает пожизненное ПТСР?

Коллеги, это не просто теория. Понимание механизма даёт нам ключ к лечению. Если мы знаем, где сломался процесс, мы можем его починить. В случае с травмой «поломка» находится на стыке нервной системы, гормонального ответа, телесной памяти и бессознательных защит. Сегодня мы разберем эту поломку по косточкам.

(3:00 – 13:00) **Часть 1. Три фазы реакции на угрозу и где возникает сбой**

Эволюционно у всех млекопитающих есть стандартный алгоритм ответа на угрозу. Он состоит из трех фаз, и травма возникает, когда этот алгоритм прерывается на определенной фазе.

Фаза 1. Настороженность (Freeze – «замирание»)

В долю секунды мозг (амигдала) считывает потенциальную угрозу. Человек замирает, сенсоры обостряются. Это не сознательное решение – это рефлекс. Длится миллисекунды.

Нейробиология: за эту фазу отвечает дорсальное ядро блуждающего нерва (вагус). Оно резко тормозит движение и повышает внимание.

Фаза 2. Мобилизация (Fight or Flight – «бей или беги»)

Если угроза подтверждается, организм выбрасывает адреналин и норадреналин, сердце бьется быстрее, кровь приливает к мышцам. Человек готов драться или убегать.

Эндокринология: ось гипоталамус-гипофиз-надпочечники (ГГН-ось) запускает каскад: CRH → АКТГ → кортизол и адреналин.

Фаза 3. Разрядка и восстановление

После того как опасность миновала (убежали, победили, или опасность ушла), организм должен разрядить остаточное напряжение. В природе это выглядит как тряска, дрожь, глубокий выдох, даже плач. Только после этого нервная система возвращается в норму.

Где возникает травма?

Травма возникает, когда ни фаза 2, ни фаза 3 невозможны. Например:

Человек в окопе под обстрелом не может ни убежать (некуда), ни напасть (нечем).

Ребёнок не может ни напасть на родителя, ни убежать от него.

Раненый боец не может двигаться, но угроза продолжается.

В этом случае система застревает между фазой 1 и фазой 2, и энергия, которая была мобилизована для действия, не находит выхода. Она «замораживается» в теле и психике.

Это открытие принадлежит Питеру Левину (создатель соматического опыта) и Стивену Порджесу (поливагальная теория). Запомните: травма – это незавершённое действие.

(13:00 – 23:00) **Часть 2. Четыре уровня механизма травмы (подробно)**

Теперь посмотрим на этот срыв на каждом из наших уровней.

2.1. Нейробиологический уровень: доминирование дорсального вагуса

По поливагальной теории (С. Порджес), у нас есть три ветви блуждающего нерва:

Вентральный вагус (социальная вовлечённость): безопасно, мы общаемся.

Симпатическая система (мобилизация): опасность – бей или беги.

Дорсальный вагус (застывание): крайняя угроза, беспомощность – «притворись мёртвым».

При травме мозг «выбирает» дорсальный вагус, потому что симпатическая мобилизация невозможна. Но при этом в теле остаётся высокий уровень симпатического возбуждения (адреналин). Возникает парадокс: внутри – буря, снаружи – оцепенение. Человек не может шевелиться, но сердце колотится.

Кроме того, гиппокамп отключается, и травматический опыт не кодируется как обычное воспоминание с меткой «прошлое». Он хранится в сыром виде в миндалевидном теле и телесных сенсорах.

2.2. Эндокринологический уровень: кортизол не выполняет свою работу

При остром стрессе кортизол должен:

подавить несущественные функции (иммунитет, пищеварение),

поддержать уровень глюкозы в крови,

затем выключить стресс-реакцию через отрицательную обратную связь.

Но при травматическом застревании из-за повреждения рецепторов гиппокампа кортизол не может остановить выброс CRH и адреналина. Получается замкнутый круг: стрессовая ось работает вхолостую, уровень норадреналина остаётся высоким часами и днями. Это приводит к истощению надпочечников и, в отдаленной перспективе, к низкому кортизолу (что при хроническом ПТСР хуже, чем высокий).

Пример: У бойца после засады в течение 3 суток не падал пульс ниже 100, он не мог спать, хотя физически устал. Это эндокринологический шторм.

2.3. Психосоматический уровень: застывшее движение

Тело в момент травмы принимает определённую позу: сжалось, замерло, вытянуло шею, напрягло живот. Если разрядки не произошло, эта поза становится хроническим мышечным панцирем (по В. Райху).

Как это выглядит:

Поднятые плечи («я готов ударить»).

Застывшая грудная клетка («не дышать»).

Напряжённый таз (замороженная реакция бегства).

Сжатые челюсти (заблокированный крик или укус).

При этом участки тела могут терять чувствительность – это диссоциация на телесном уровне. Человек говорит: «Я не чувствую своих ног». А на самом деле это ноги, которые в момент травмы хотели бежать, но не могли.

2.4. Психоаналитический уровень: прорыв защит и феномен «принудительного повторения»

Фрейд описал травму как прорыв стимульного барьера – ментальной мембраны, которая защищает психику от чрезмерного возбуждения. Когда возбуждение слишком велико, психика не может его связать (не может превратить в слова, образы, мысли). Возникает первичный автоматизм – тело и психика начинают действовать как автономные агрегаты.

Далее запускается принудительное повторение – бессознательная попытка воссоздать травматическую ситуацию, чтобы на этот раз справиться с ней. Ветеран снова идёт в опасные места, жена комбатанта бессознательно выбирает партнёров, которые её отвергают.

Защитные механизмы при травме:

Изоляция аффекта: человек говорит о страшном спокойно, как о погоде.

Отчуждение: «это случилось не со мной, а с каким-то другим солдатом».

Проекция: мир воспринимается как абсолютно враждебный.

(23:00 – 33:00) **Часть 3. Практика: упражнение «Замедленное движение» и кейс**

Методика «Замедленное движение» (скрипт для работы с застывшим телесным импульсом)

Это безопасная техника, которая позволяет телу «вспомнить» незавершённое действие и завершить его в контролируемой, замедленной форме. Важно: не вызывать насильно, а предложить.

Скрипт для психолога (после установления безопасности и при согласии клиента):

«Я предлагаю вам сейчас провести маленький эксперимент с вашим телом. Ничего не нужно делать насильно. Просто закройте глаза и вспомните ситуацию, когда вы почувствовали сильный страх, но не могли пошевелиться. Не нужно погружаться в неё глубоко. Только вспомните ощущение в теле. Где сейчас напряжение? В руках? В ногах? В животе?

А теперь представьте, что вы можете совершить это движение, которое тогда не получилось – очень-очень медленно, в пять раз медленнее обычного. Например, если хотелось оттолкнуть – начните медленно вытягивать руку вперёд, сантиметр за сантиметром. Если хотелось убежать – начните медленно переступать с ноги на ногу на месте, как в замедленной съёмке.

Наблюдайте за ощущениями. Может появиться дрожь, тепло, покалывание – это нормально. Вы в безопасности, вы контролируете скорость. Если станет слишком страшно, просто откройте глаза и вернитесь в комнату.

Сделайте 3-4 таких медленных движения, затем остановитесь. Потрясите кистями, сделайте глубокий вдох».

Что происходит на четырёх уровнях:

Нейро: Замедленное движение активирует вентральный вагус (социальную вовлечённость) и подавляет дорсальный. Мозг получает сигнал «опасность миновала».

Эндо: Снижается уровень норадреналина, нормализуется кортизол.

Психосоматика: Мышечный спазм расслабляется, восстанавливается кровоток.

Психоанализ: Завершается незавершённое действие, разрушается принудительное повторение.

Важно: Эта техника используется только на этапе стабилизации, когда у клиента есть ресурс и нет острых флешбеков. Не применять при активных суицидальных мыслях.

Кейс для разбора

Кейс:

Алексей, 42 года, бывший командир штурмовой группы. Обратился с жалобами на «странную боль в правой руке». Боль появляется, когда он слышит резкие звуки (лопнувший шарик, выхлоп машины). В момент звука рука как будто «сводит судорогой», он не может ею пошевелить минуты две. Невролог органической патологии не нашёл.

Вопросы для слушателей (2 минуты пауза):

Какой механизм травмы здесь проявился?

Какое незавершённое действие могло «застрять» в правой руке?

Разбор:

Механизм – застывание в фазе мобилизации (дорсальный вагус + симпатический остаток).

Гипотеза: возможно, в момент взрыва Алексей хотел отдать приказ (поднять руку) или нажать на спуск, но не успел или не смог.

Методика «Замедленное движение» идеально подходит – медленное поднятие правой руки, сжатие/разжатие кулака.

Четыре уровня:

Нейро: Перезапись с дорсального на вентральный вагус.

Эндо: Снижение норадреналина в ответ на завершённое движение.

Психосоматика: Уход боли как результат исчезновения спазма.

Психоанализ: Рука перестаёт быть «отчуждённой частью» и вновь становится «моей».

(33:00 – 38:00) **Часть 4. Распространённые ошибки и вопросы**

Вопрос 1: «А что, если клиент во время упражнения начнёт трястись или плакать? Это опасно?»

Ответ: Это хороший признак – происходит разрядка. Тряска и плач – естественные механизмы сброса напряжения (вспомните, как трясётся пёс после стресса). Наша задача – не останавливать, но и не форсировать. Сказать: «Всё в порядке, тело освобождается. Вы в безопасности. Я рядом». Если тряска слишком сильная – предложите замедлить дыхание или открыть глаза.

Вопрос 2: «Можно ли использовать “Замедленное движение”, если клиент не помнит травму?»

Ответ: Да. Часто тело помнит, а сознание – нет. Тогда работаем чисто с телесным ощущением: «Какое движение просится из этого напряжения?» Не требуем вербализации травмы.

Вопрос 3: «Почему важно именно замедленное движение, а не быстрое?»

Ответ: Быстрое движение может активировать симпатическую систему и вызвать ретравматизацию. Замедление включает префронтальную кору, контроль, наблюдателя. Это как смотреть фильм ужасов на замедленной скорости – страшно, но вы знаете, что это кино.

Вопрос 4: «А если у клиента не застывание, а гиперподвижность (бегает, суетится)?»

Ответ: Тогда механизм другой – симпатическая перегрузка без разрядки. Им помогает другая техника: «Завершённый выдох», «Потягивание как после сна», или «Тряска кистями и стопами» (имитация сброса).

(38:00 – 40:00) **Резюме и домашнее задание**

Ключевые выводы лекции:

Травма возникает, когда нормальный трёхфазный цикл (замирание → борьба/бегство → разрядка) прерывается на этапе мобилизации, и энергия «замораживается».

Дорсальный вагус – нейробиологическая основа застывания; кортизол не может выключить стресс из-за повреждения гиппокампа; тело фиксирует позу незавершённого действия; бессознательное включает принудительное повторение.

Восстановление возможно через безопасное завершение замороженного движения (методика «Замедленное движение»).

Главное правило: не раскапывать, а создавать условия для завершения.

Задание для самостоятельной работы:

Возьмите любое хроническое напряжение в своём теле (например, плечи или челюсть). Не вспоминая травму, спросите себя: какое движение хочет сделать эта часть тела? Теперь попробуйте выполнить его очень медленно (3-4 повтора). Запишите свои ощущения: изменилось ли напряжение? появилась ли дрожь, тепло? Это даст вам эмпатическое понимание того, что переживает клиент.

Лекция 1.3. Нейробиология психической травмы

(0:00 – 3:00) Введение. Зачем психологу знать про мозг

Коллеги, добрый день. На прошлых занятиях мы говорили о том, что такое травма и как она возникает – через застывание незавершённой реакции. Сегодня мы заглянем «под капот» – в мозг человека, пережившего травму.

Часто клиенты и даже некоторые специалисты говорят: «Это всё в голове, возьми себя в руки». Но нейробиология доказывает обратное: при ПТСР и травме происходят объективные, измеримые изменения в работе мозга и гормонов. Человек не может «просто успокоиться», потому что его амигдала кричит «опасность», а префронтальная кора – «директор» – спит.

Понимание этих механизмов даёт нам три важные вещи:

Снимает вину с клиента – это не слабость, это поломка в системе выживания.

Помогает выбрать правильную терапию – одни методы работают с амигдалой, другие – с гиппокампом.

Даёт надежду – мозг пластичен, его можно «перепрошить».

Сегодня мы разберем три главные структуры мозга, которые страдают при травме, и увидим, как они связаны с гормонами, телом и бессознательным.

(3:00 – 15:00) **Часть 1. Три кита нейробиологии травмы**

Представьте себе штаб кризисного управления. В нём есть три ключевых отдела.

1.1. Миндалевидное тело (амигдала) – «Пожарная сигнализация»

Где находится: в глубине височных долей, часть лимбической системы.

Что делает в норме:

Сканирует окружающую среду на предмет угрозы. Если видит что-то подозрительное – мгновенно (за миллисекунды) запускает тревогу: сердце бьётся быстрее, мышцы напрягаются, внимание сужается. Это эволюционный механизм, который спасал нас от хищников.

Что происходит при травме:

Амигдала становится гиперактивной. Она начинает видеть угрозу там, где её нет. Например:

Громкий звук (лопнул шарик) → амигдала кричит «ВЗРЫВ!».

Запах жареного мяса → «ГОРИТ БТР!».

Человек в капюшоне → «ПРОТИВНИК!».

При ПТСР амигдала не умеет отличать прошлую угрозу от настоящей. Она живёт в режиме «постоянная военная тревога».

Нейровизуализация: на МРТ у людей с ПТСР видна повышенная активность амигдалы в ответ на нейтральные стимулы (например, на картинку с лампой).

Метафора для клиента:

«Представьте, что в вашем доме пожарная сигнализация сломалась и теперь орёт даже от звука мухи. Вы не можете её выключить, потому что кнопка сломана. Вот что происходит в вашем мозге».

1.2. Гиппокамп – «Библиотекарь памяти»

Где находится: рядом с амигдалой, тоже в височных долях.

Что делает в норме:

Прикрепляет к каждому воспоминанию контекст: «это случилось там-то, тогда-то, и это закончилось». Гиппокамп говорит: «Да, ты попал в аварию, но это было в 2015 году, сейчас ты

дома, опасности нет». Он превращает сырой сенсорный опыт в автобиографическое воспоминание с меткой времени и места.

Что происходит при травме:

Из-за гигантского выброса кортизола (гормона стресса) гиппокамп временно отключается. Он не кодирует контекст. Травматическое переживание сохраняется в амигдале и сенсорных зонах – как «немаркированный пакет». У него нет даты, нет «это прошло».

В результате, когда что-то напоминает о травме (триггер), мозг не может сказать: «Это сейчас не опасно, это было тогда». Он реагирует так, будто угроза происходит прямо сейчас.

Хронические изменения: при длительном ПТСР объём гиппокампа может уменьшаться на 8-12% по сравнению с нормой. Это доказано десятками исследований. Но – хорошая новость – при успешной терапии (EMDR, КПТ) объём гиппокампа может частично восстанавливаться. Нейропластичность существует.

Метафора для клиента:

«Представьте, что ваш библиотекарь уволился, и все книги (воспоминания) свалены в кучу без этикеток. Вы не знаете, где детектив, а где фантастика, и что уже прочитано. Любая книга может открыться на самой страшной странице в любой момент».

1.3. Префронтальная кора (ПФК) – «Директор»

Где находится: в передней части лобных долей, самая эволюционно новая область.

Что делает в норме:

Планирует, принимает решения, тормозит импульсы, регулирует эмоции. Именно ПФК может сознательно сказать: «Успокойся, это просто хлопок петарды, а не взрыв». Она посылает тормозные сигналы к амигдале.

Что происходит при травме:

ПФК подавлена. Она не может выполнять свою тормозную функцию. Причины:

Хронический стресс повреждает связи между ПФК и амигдалой.

Высокий уровень норадреналина «выключает» тонкие когнитивные функции.

Человек теряет способность к рефлексии, контролю гнева, планированию. Он действует импульсивно, как испуганное животное. При этом он осознаёт, что реакция неадекватна, но остановить себя не может.

Метафора для клиента:

«Директор фирмы ушёл в запой, а охрана (амигдала) делает что хочет. Вы смотрите на это и думаете: “Надо бы навести порядок”, но кнопки управления нет».

(15:00 – 23:00) **Часть 2. Как три отдела работают вместе. Схема "Треугольник бедствия"**

Нарисуйте в уме треугольник:

Вершина 1 – Амигдала (сигнализация)

Вершина 2 – Гиппокамп (контекст)

Вершина 3 – ПФК (торможение)

В норме:

Амигдала подаёт сигнал тревоги.

Гиппокамп проверяет контекст: «Опасно сейчас или было раньше?»

ПФК тормозит ложную тревогу.

При травме:

Амигдала кричит постоянно и слишком громко.

Гиппокамп не может определить контекст (нет меток).

ПФК не может тормозить (связи ослаблены).

Результат: Человек находится в хроническом стрессе, даже в полной безопасности. Любой нейтральный стимул (звук, запах, цвет) может запустить флешбек или панику.

Пример из клиники:

Ветеран спокойно сидит на кухне. Жена режет лук – запах. Его мозг: амигдала – «ОПАСНОСТЬ!», гиппокамп молчит (не может сказать «это лук, а не газ»), ПФК не тормозит. Результат: ветеран падает со стула, закрывает голову руками. Через минуту он говорит: «Я понимаю, что это лук, но моё тело уже среагировало».

Это не истерика. Это нейробиология.

(23:00 – 30:00) **Часть 3. Эндокринологические, психосоматические и психоаналитические комментарии**

Теперь свяжем работу этих трёх отделов с другими уровнями.

3.1. Эндокринологический комментарий

Мы уже упоминали кортизол и норадреналин. Теперь – подробнее.

Норадреналин – нейромедиатор бодрствования и тревоги. При ПТСР его уровень в мозге повышен постоянно. Это объясняет гипербдительность, невозможность расслабиться, кошмары.

Кортизол – странная история. При острой травме он высокий. Но при хроническом ПТСР у многих ветеранов кортизол аномально низкий, особенно утром. Это состояние истощения ГГН-оси. Человек просыпается уже уставшим, не может встать, всё кажется бессмысленным.

CRH (кортиколиберин) – гормон гипоталамуса, запускающий всё. При ПТСР его секреция нарушена, и он не реагирует на обратную связь.

Практический вывод: когда клиент говорит «я не могу проснуться» или «меня колотит без причины» – это не лень и не истерика. Это эндокринологический дисбаланс. И терапия (EMDR, КПТ, телесные практики) помогает его восстановить.

3.2. Психосоматический комментарий

Нейробиология травмы имеет прямое продолжение в теле.

Амигдала связана с симпатической нервной системой → тахикардия, потливость, тремор.

Дорсальный вагус (помните?) → брадикардия, падение давления, обмороки («застывание»).

Гиппокамп связан с висцеральной памятью → спазмы в кишечнике, желудке.

Хроническое напряжение в теле – это отражение гиперактивности амигдалы и неспособности ПФК расслабить мышцы. Мозг говорит телу: «Опасность!», и тело застывает или сжимается – на годы.

Психосоматический симптом как биомаркер: у многих комбатантов с ПТСР есть «каменная спина» – тоническое напряжение мышц выпрямителей позвоночника. Это застывшая поза «изготовки к броску».

3.3. Психоаналитический комментарий

Фрейд не знал нейробиологии в современном смысле, но его интуиции поразительны.

Амигдала – это архаичная, «ид-ная» структура. Она требует немедленного удовлетворения (избежать угрозы) и не знает времени.

Гиппокамп – это инструмент «Эго» (реальность, контекст, откладывание).

ПФК – это «Супер-Эго» и высшие когнитивные функции.

При травме Ид (амигдала) захватывает власть. Эго не может выполнить свою функцию («принцип реальности» не работает). Супер-Эго обвиняет человека («ты сам виноват»).

Защитные механизмы, которые мы наблюдаем:

Изоляция аффекта – попытка ПФК отключиться от амигдалы. Человек говорит о страшном как о чужом.

Расщепление – амигдала и гиппокамп не интегрированы. Воспоминание живёт отдельно от контекста.

Психоаналитическая терапия – по сути, попытка «подключить» гиппокамп и ПФК обратно, восстановить связи между аффектом и представлением. Это совпадает с современными нейробиологическими данными.

(30:00 – 36:00) **Часть 4. Упражнение «Карта моего мозга» и кейс**

Методика «Карта моего мозга» (скрипт для работы с клиентом или для саморефлексии психолога)

Это простое психообразовательное упражнение, которое снижает стыд у клиента и даёт ощущение контроля.

Скрипт для психолога:

«Сейчас я предлагаю нам нарисовать карту того, что происходит в вашей голове. Возьмите лист бумаги. Нарисуйте круг – это ваш мозг. Внутри круга нарисуйте три фигуры:

Огонёк или молнию – это ваша сигнализация (амигдала). Она у вас сейчас очень чувствительная, поэтому нарисуйте её яркой.

Открытую книгу – это отдел памяти (гиппокамп). У него сбились метки, поэтому можно нарисовать его перевёрнутым или с вопросительным знаком.

Шляпу или галстук – это ваш директор (ПФК). Он сейчас устал и спит, поэтому нарисуйте его с закрытыми глазами.

Теперь стрелками покажите, как они связаны. От огонька – много красных стрелок к телу (изобразите сердечко, мышцы, живот). От книги – пунктирную стрелку, потому что память путается. От директора – слабую, прерывистую линию к огоньку, потому что он не может тормозить.

Посмотрите на свой рисунок. Это не вы плохой. Это ваша нейробиология. И хорошая новость в том, что мозг умеет переучиваться. Терапия – это как раз про то, чтобы "разбудить директора" и "научить книгу ставить метки".

Назначение: дать клиенту внешнюю, объективную картину его страдания. Снижает самообвинение и повышает мотивацию к терапии.

Кейс для разбора

Кейс:

Олег, 39 лет, бывший разведчик. Обратился по настоянию жены. Жалуется, что «оторвался от реальности». На работе (охранник в ТЦ) при любом резком звуке – хлопок двери, звон разбитой бутылки – он падает на пол и закрывает голову руками. Через 5-10 секунд понимает, что опасности нет, но остановить реакцию не может. Очень стыдится этого, говорит: «Я мужик, а валяюсь как тряпка».

Вопросы слушателям:

Какие структуры мозга задействованы в этой реакции?

Почему Олег не может остановиться, даже когда осознаёт, что опасно?

Как бы вы объяснили ему нейробиологию его реакции (используя метафоры)?

Разбор:

Амигдала гиперактивна, реагирует на звуки как на взрыв. Гиппокамп не даёт контекст («сейчас ТЦ, а не зона боевых действий»). ПФК не может затормозить реакцию.

Потому что путь от амигдалы к телу (симпатическая нервная система) работает быстрее, чем путь от ПФК к амигдале. Рефлекс опережает осознание.

Хорошая метафора: «Представьте, что ваш мозг – это автомобиль. Педаль газа (амигдала) утоплена в пол, а тормоз (ПФК) не работает. Вы можете умом понимать, что надо остановиться, но нога не слушается. Наша задача – починить тормоз, а не ругать вас за то, что вы не остановились».

Четыре уровня:

Нейро: Сверхактивная амигдала, слабая ПФК.

Эндо: Высокий норадреналин в момент триггера, низкий кортизол в фоне.

Психосоматика: Тело «помнит» позу падения – застывшее действие.

Психоанализ: Стыд – это атака Супер-Эго на слабое Эго. Работать со стыдом так же важно, как и с нейробиологией.

(36:00 – 40:00) **Резюме и задание для самопроверки**

Ключевые выводы лекции:

При травме три отдела мозга работают неправильно:

– Амигдала гиперактивна (ложная тревога).

– Гиппокамп не кодирует контекст (нет меток «было-прошло»).

– Префронтальная кора ослаблена (не может тормозить тревогу).

Это состояние поддерживается эндокринной системой (высокий норадреналин, аномальный кортизол) и закрепляется в теле (хронические спазмы, «панцирь»).

С точки зрения психоанализа, травма – это захват власти архаичным Ид (амигдалой) при слабости Эго (гиппокампа, ПФК).

Нейропластичность существует. Терапия (EMDR, КПТ, телесные практики) может восстановить объём гиппокампа и связи ПФК с амигдалой.

Задание для самостоятельной работы:

Выберите одного клиента из вашей практики (или воображаемого). Заполните таблицу на листе:

Структура мозга
Признаки у клиента
Что можно делать в терапии

Амигдала (гиперактивность)

(например: техники заземления)

Гиппокамп (нарушение контекста)

(например: пересказ с датами)

ПФК (ослабление торможения)

(например: дыхательные практики)

Лекция 1.4. Последствия психической травмы

(0:00 – 3:00) Введение. Травма не проходит бесследно

Коллеги, добрый день. Мы уже знаем, что травма – это застрявшая, непереработанная реакция на угрозу, которая меняет работу мозга, гормонов, тела и бессознательного. Сегодня мы поговорим о том, к чему это приводит в реальной жизни – на уровне симптомов, диагнозов, человеческого страдания.

Очень важно понимать: последствия травмы никогда не ограничиваются психикой. Они всегда проникают в тело, в отношения, в способность работать и радоваться жизни. Более того, именно эти последствия часто становятся поводом для обращения – клиент приходит не с «травмой», а с бессонницей, болями в спине, вспышками гнева или потерей смыслов.

Наша задача – увидеть за этими жалобами травму и правильно выстроить помощь.

Сегодня разберем последствия по четырем классическим уровням: психическом (эмоции и мышление), физическом (телесные симптомы и болезни), поведенческом (поступки, зависимости, риски) и социальном (семья, работа, общество). В конце – методика «Карта последствий» и разбор сложного кейса жены комбатанта с соматизацией.

(3:00 – 12:00) **Часть 1. Психические последствия: от тревоги до деперсонализации**

Это наиболее очевидные проявления, но и здесь есть нюансы.

1.1. Тревога и панические атаки

Тревога при ПТСР – не «просто волнение». Это фоновое, хроническое состояние готовности к катастрофе. Человек может не осознавать конкретную причину, но тело всё равно напряжено, дыхание поверхностное, мысли скачут.

Паническая атака – внезапный приступ ужаса с сердцебиением, удушьем, дрожью, страхом смерти. При травме панические атаки часто возникают в ответ на триггер (звук, запах), но могут и «из ниоткуда» – это отголоски гиперактивной амигдалы.

1.2. Депрессия и ангедония

Более 50% людей с ПТСР имеют клиническую депрессию. Но у травматической депрессии есть особенности:

Ангедония – потеря способности радоваться. То, что раньше приносило удовольствие (еда, секс, хобби), становится плоским и пустым.

Чувство вины – иррациональное самообвинение («я не спас товарища», «я не уберёг семью»). Вина часто не соответствует реальности, но очень живуча.

Апатия – «всё бесполезно, ничего не хочется».

Нейробиология депрессии при ПТСР: истощение дофаминовой системы (центр вознаграждения) на фоне хронического стресса и повышенного норадреналина.

1.3. Диссоциативные симптомы

Мы уже говорили о диссоциации. Её последствия:

Дереализация – мир кажется ненастоящим, «как в кино», «сквозь мутное стекло».

Деперсонализация – ощущение себя нереальным, наблюдение за собой со стороны.

Диссоциативная амнезия – провалы в памяти на травматические события или их части.

Эти симптомы – попытка психики «отключиться» от непереносимой реальности. Но плата – потеря связи с собой и миром.

1.4. Когнитивные нарушения

Проблемы с концентрацией внимания – не может читать, смотреть фильм до конца.

Нарушения памяти – забывает не только травму, но и текущие дела (куда положил ключи, о чём только что говорили).

Туннельное мышление – зацикленность на угрозе, неспособность видеть альтернативы.

Нейробиология: снижение активности префронтальной коры и уменьшение объёма гиппокампа.

(12:00 – 22:00) **Часть 2. Физические (психосоматические) последствия**

Этот уровень часто недооценивают, а зря. Травма убивает через тело – через сердечно-сосудистые, аутоиммунные, болевые синдромы.

2.1. Сердечно-сосудистая система

У ветеранов с ПТСР риск инфаркта и инсульта в 2-3 раза выше, чем в общей популяции. Причины:

Хронически повышенный норадреналин → тахикардия, гипертония.

Высокий уровень кортизола → ожирение, диабет, атеросклероз.

Воспаление – повышенные маркеры (С-реактивный белок) разрушают сосуды.

Практический вывод: психолог должен спрашивать о давлении, болях в груди, одышке. И направлять к кардиологу, если есть жалобы.

2.2. Желудочно-кишечный тракт

Ось «мозг-кишка» работает через блуждающий нерв. При травме:

Синдром раздражённого кишечника (СРК) – чередование поносов и запоров, боли без органики.

Функциональная диспепсия – тошнота, тяжесть после еды.

Язвенная болезнь – риск повышается.

Пример: у бойца после обстрела начались хронические поносы. Гастроэнтеролог не нашёл инфекции. Это СРК на фоне ПТСР.

2.3. Болевые синдромы

Головные боли напряжения – «каска» вокруг головы, из-за постоянного спазма мышц шеи и плеч.

Фибромиалгия – генерализованная боль в мышцах и связках без явной причины.

Хроническая тазовая боль – у мужчин и женщин, часто связана с застывшим страхом.

Механизм: длительное напряжение мышц (панцирь) → триггерные точки → хроническая боль. И центральная сенситизация – мозг становится сверхчувствительным к болевым сигналам.

2.4. Аутоиммунные и воспалительные заболевания

Хронический стресс и дисрегуляция кортизола могут запускать:

Ревматоидный артрит

Псориаз

Воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона, язвенный колит)

Тиреоидит Хашимото

Эндокринология: кортизол в норме подавляет воспаление. При ПТСР (аномально низкий кортизол) этот тормоз снимается, и иммунитет атакует свои ткани.

2.5. Нарушения сна

Бессонница, кошмары, ночные пробуждения с потом и сердцебиением. Кошмары – это прямая интрузия травмы. Человек боится засыпать, что усугубляет истощение.

(22:00 – 28:00) **Часть 3. Поведенческие и социальные последствия**

3.1. Поведенческие последствия

Избегание – отказ от мест, людей, ситуаций, напоминающих травму. Ветеран не ходит на салюты, не ездит в метро (давка, замкнутое пространство).

Агрессия и раздражительность – вспышки ярости, иногда с разрушением предметов. Это не «злой характер», а гиперреакция на фоне гиперактивной амигдалы.

Злоупотребление алкоголем и наркотиками – «самолечение» для снятия тревоги и бессонницы. Алкоголь временно снижает активность амигдалы, но потом усугубляет симптомы.

Рискованное поведение – быстрая езда, экстремальные хобби, агрессивные драки. Это может быть принудительное повторение травмы.

Суицидальное поведение – риск суицида у ветеранов с ПТСР в 4-5 раз выше. Особенно опасно сочетание с депрессией и чувством вины.

3.2. Социальные последствия

Разрушение семьи – разводы, насилие, эмоциональное отчуждение. Жена не выдерживает «жить с бомбой».

Проблемы на работе – неспособность концентрироваться, конфликты с начальством, частые больничные, увольнения.

Социальная изоляция – человек перестаёт общаться с друзьями, не ходит в гости, избегает общественных мест.

Правовые проблемы – драки, вождение в нетрезвом виде, нападения.

Психоаналитический комментарий: все эти последствия – внешнее выражение внутреннего хаоса. Разрушение отношений повторяет разрушение, которое травма произвела внутри психики.

(28:00 – 36:00) **Часть 4. Методика «Карта последствий» и кейс**

Методика «Карта последствий»

Это простая, но очень наглядная техника для первого приёма. Она позволяет клиенту увидеть масштаб влияния травмы на жизнь и выделить приоритетные мишени для работы.

Скрипт для психолога:

«Я предлагаю нам нарисовать карту того, как травма повлияла на вашу жизнь. Возьмите лист бумаги. В центре напишите или нарисуйте тот образ, который связан с травмой (можно символом). От центра проведите 4 луча и подпишите их: "Мои чувства и мысли", "Моё тело и здоровье", "Мои поступки и привычки", "Мои отношения и работа". Теперь на каждом луче напишите или зарисуйте те последствия, которые вы замечаете. Не спешите, будьте честны с собой. Например, на луче "тело" можно написать "головные боли", "трясутся руки". На луче "отношения" – "ссоры с женой", "не хожу в гости".

Посмотрите на получившуюся карту. Травма похожа на паука, который опутал всю вашу жизнь. Но хорошая новость: мы можем работать с каждым лучом по отдельности. И когда один луч становится короче – остальные тоже меняются. С чего бы вы хотели начать?»

Назначение:

Внешняя объективация страдания.

Повышение мотивации к терапии.

Выбор приоритетной проблемы (например, «давайте сначала разберёмся со сном, потом с гневом»).

Кейс для разбора

Кейс:

Светлана, 36 лет, жена участника СВО. Муж вернулся 8 месяцев назад. Сама она не воевала. Обратилась к терапевту с жалобами на:

Постоянную головную боль, особенно по утрам.

Судороги в животе, запоры.

Потерю веса на 12 кг за полгода (без диеты).

Полное отсутствие либидо.

Терапевт после обследования (ФГДС, УЗИ, анализы) сказал: «Органически всё в порядке, это на нервной почве, обратитесь к психологу».

Светлана говорит: «Я не понимаю, что со мной. У меня муж живой, дети здоровые, а я разваливаюсь. Может, я просто слабая?»

Вопросы слушателям (2 минуты пауза):

Какие уровни последствий травмы мы видим у Светланы?

Есть ли у неё сама травма? Если да – какая?

Как бы вы объяснили ей связь между её симптомами и ситуацией в семье?

С чего бы вы начали работу?

Разбор:

Психический уровень: чувство вины («я слабая»), вероятно, тревога (не называет, но из симптомов – вегетатика).

Физический (психосоматический): головная боль, судороги в животе, запоры, потеря веса, потеря либидо. Это классический «соматический дистресс».

Поведенческий: не указано напрямую, но можно предположить избегание (например, перестала выходить с подругами).

Социальный: не указано, но ухудшение здоровья уже влияет на роль жены и матери.

Да, у Светланы вторичная травма (травма привязанности, травма неопределённости, накопленная усталость от ожидания и адаптации к изменившемуся мужу). Нет события «бой», но есть хронический стресс «жить с ПТСР мужа» + возможная индукция симптомов.

Объяснение: «Ваш организм находится в режиме "хронической тревоги" уже больше года. Вы ждали мужа, боялись за него, потом встретили его другим. Мозг не выключил сигнал тревоги – и тело реагирует спазмами, болью, сбоем пищеварения. Это не слабость, это объективная реакция нервной системы на длительный стресс. Такое бывает у жён и матерей военнослужащих. Мы можем это исправить».

Начало работы:

Психообразование (объяснить вторичную травму, снять вину).

Стабилизация: техники заземления, дыхание по квадрату.

Работа с телесными симптомами: «Карта последствий» конкретно для Светланы.

Уточнить, что происходит в паре: не является ли муж агрессивным, не пьёт ли. Если есть насилие – сначала безопасность.

В дальнейшем – возможно, работа с парой или обучение Светланы навыкам саморегуляции.

Четыре уровня для Светланы:

Нейро: её амигдала «заразилась» от мужа (зеркальные нейроны). Гиппокамп не кодирует конец угрозы, потому что угроза (изменение мужа) всё ещё есть.

Эндо: хронически повышен кортизол (потеря веса – катаболический эффект). Нарушен серотонин (ЖКТ, либидо).

Психосоматика: Живот – «второй мозг», реагирует на тревогу спазмами. Голова – мышечное напряжение от постоянного «быть начеку».

Психоанализ: Симптомы – это телесное «высказывание» того, что нельзя сказать словами («я не могу выносить эту жизнь, но не имею права жаловаться»). Голова – «расколотая» психика.

(36:00 – 40:00) **Резюме и задание**

Ключевые выводы:

Последствия травмы многомерны: психика, тело, поведение, социальная жизнь.

Соматические заболевания (сердце, ЖКТ, боли, аутоиммунные) – прямое следствие нейроэндокринных сдвигов при ПТСР.

Поведенческие последствия (алкоголь, агрессия, изоляция, суицидальное поведение) требуют особого внимания и безопасности.

Методика «Карта последствий» помогает клиенту увидеть масштаб и выбрать приоритет.

Вторичная травма у членов семьи так же реальна и телесна, как первичная у бойца.

Задание для самостоятельной работы:

Возьмите любого клиента из вашей практики с признаками травмы (или воображаемого). Заполните таблицу:

Уровень последствий
Конкретные проявления у клиента
Какие действия психолога приоритетны

Психический (эмоции, мысли)

Физический (телесные симптомы, болезни)

Поведенческий (поступки, зависимости, риски)

Социальный (семья, работа, друзья)

Добавьте в конце: «Какой уровень я склонен игнорировать в своей работе? Что мне нужно усилить?»

Лекция 1.5. Понятие шоковой психической травмы

(0:00 – 3:00) Введение. Что такое шок?

Коллеги, на прошлых занятиях мы разбирали общее определение психической травмы и её нейробиологию. Сегодня мы говорим об особом, самом тяжёлом виде – шоковой психической травме.

Представьте: человек живёт обычной жизнью, и вдруг – взрыв, атака, наезд машины, известие о гибели близкого. Мир рушится за секунду. Это не хроническое напряжение, а одномоментный удар, который пробивает все защиты психики.

Шоковая травма – это травма от события, которое:

Происходит внезапно, без предупреждения.

Имеет высокую интенсивность (угроза смерти, насилия, катастрофы).

Вызывает состояние оцепенения и потери контроля.

В контексте СВО примерами шоковой травмы могут быть: миномётный обстрел, подрыв машины, гибель товарища на глазах, получение «похоронки», плен и пытки, ранение с сильной болью.

Сегодня разберём, как отличить шоковую травму от хронического стресса, что происходит в мозге и теле в момент удара, и почему классические методы «разговора» здесь могут навредить. В конце – техника экстренной стабилизации «Заземление через ледяную воду».

(3:00 – 12:00) **Часть 1. Шоковая травма vs хроническая травма. Ключевые отличия**

Важно не путать два типа травматизации, потому что терапия будет разной.

Признак
Шоковая травма
Хроническая (комплексная) травма

Длительность воздействия
Одномоментно, секунды/минуты
Месяцы, годы

Предсказуемость
Внезапно, без предупреждения
Часто предсказуема (но бессилие)

Интенсивность
Сверхвысокая
Средняя или высокая, но накапливается

Реакция в момент
Застывание, диссоциация, «ступор»
Гипербдительность, истощение

Основной механизм
Прорыв стимульного барьера
Истощение адаптации

Типичная терапия

Стабилизация → EMDR/КПТ (с переработкой)
Длительная стабилизация, работа с привязанностью

Пример
Подрыв БТР, гибель товарища на глазах
Месяцы под обстрелами, плен, домашнее насилие

Почему это важно для практики?

Человек с шоковой травмой часто не помнит деталей (диссоциативная амнезия) и может быть внешне спокоен, но его бросает в пот и панику при малейшем триггере. С хронической травмой человек обычно помнит всё, но чувствует себя пустым, никчёмным, неспособным доверять.

Пример из практики:

Шоковая травма: боец в первый же день прибытия попал под миномётный обстрел, увидел убитого сослуживца. Вернулся – не может спать, вздрагивает от каждого шороха, но говорит: «Я ничего особенного не чувствую».

Хроническая: боец, который провёл 8 месяцев на передовой, каждый день под обстрелами, потерял трёх товарищей за это время. Вернулся – апатичный, говорит: «Я пустой, ничего не хочу, люди – дерьмо».

Мы сейчас фокусируемся на шоковой травме.

(12:00 – 22:00) **Часть 2. Четыре уровня шоковой травмы (нейро, эндо, психосоматика, психоанализ)**

2.1. Нейробиологический уровень: коллапс системы обработки

В момент шока происходит следующее:

Миндалевидное тело (амигдала) перегружается. Оно посылает сигнал тревоги такой силы, что вся остальная кора «отключается». Человек перестаёт мыслить, говорить, планировать – остаётся только чистое выживание.

Гиппокамп полностью блокируется. Кортизоловый шторм буквально «выжигает» его функцию. Воспоминания о событии не кодируются как обычные. Они сохраняются в виде сенсорных «осколков» – звуков, запахов, ощущений без времени и контекста.

Дорсальный вагус (древняя ветвь блуждающего нерва) захватывает контроль. Это состояние «тонической неподвижности» – застывание, псевдо-смерть. Человек может быть в сознании, но не может пошевелиться, закричать, моргнуть. Это эволюционный механизм: если хищник не видит движения – он может пройти мимо.

Важно: шоковая травма оставляет «след» не в вербальной памяти, а в сенсорной и телесной. Поэтому разговоры «расскажи, что было» часто бесполезны – клиент либо не помнит, либо рассказывает как чужое.

2.2. Эндокринологический уровень: катехоламиновый взрыв

В первые секунды-минуты шока:

Адреналин повышается в десятки раз. Сердце может биться с частотой 160-180 ударов в минуту.

Норадреналин в мозге зашкаливает – он отвечает за бдительность и готовность к бою.

Кортизол тоже резко растёт, но при сверхсильном стрессе рецепторы гиппокампа повреждаются, и обратная связь ломается.

Что происходит через несколько часов/дней после шока:

Часто наступает фаза «истощения» – уровень кортизола падает ниже нормы. Человек чувствует физическую слабость, сонливость, апатию. Это не депрессия, это постшоковое истощение надпочечников.

Практический вывод: в первые дни после шока не требуйте от клиента активности, решений, «работы над собой». Ему нужно восстановить физиологию.

2.3. Психосоматический уровень: застывшее тело

Тело в момент шока принимает определённую позу, которая затем может зафиксироваться:

Сжатые кулаки (заблокированный удар).

Напряжённые ноги (заблокированный бег).

Сведённая челюсть (заблокированный крик).

Пустой взгляд (диссоциация зрения).

Человек может годами жить с хроническим напряжением в этих группах мышц, не связывая его с травмой. Также типична локальная потеря чувствительности – например, область спины, которая была прижата к земле при взрыве, становится «деревянной».

Классический пример: боец после подрыва машины не чувствует правую ногу. Невролог находит всё в порядке. В соматической терапии выясняется: в момент взрыва он пытался нажать на педаль газа, но не смог – нога застыла в этом положении. После завершения движения (медленного нажатия на воображаемую педаль) чувствительность возвращается.

2.4. Психоаналитический уровень: прорыв первичного процесса

Здесь психоанализ говорит о прорыве стимульного барьера. Психика имеет защитную оболочку, которая фильтрует внешние раздражения. При шоке этот барьер разрывается. Непереработанная энергия врывается внутрь, и психика не может её «связать» – то есть превратить в слова, образы, мысли.

В результате:

Вытеснение травмы происходит, но она остаётся в бессознательном как инородное тело. Оттуда она влияет на поведение через принудительное повторение – человек бессознательно ищет ситуации, похожие на травму, чтобы «переиграть» её.

Диссоциация как защита – расщепление Эго на «того, с кем это случилось» и «того, кто наблюдает». Клиент может говорить о травме как о фильме, в котором он был актёром, но не собой.

Важно для терапевта: не торопиться с интерпретациями. При шоковой травме бессознательное защищается очень жёстко, и преждевременное «вскрытие» может привести к ретравматизации.

(22:00 – 32:00) **Часть 3. Особенности работы с шоковой травмой. Методика «Заземление через ледяную воду»**

Принципы первой помощи при острой шоковой травме (первые часы–дни):

Не заставляйте рассказывать подробности. Если человек говорит – слушайте без давления. Если молчит – не настаивайте. Навязчивая детализация может зафиксировать травму.

Сначала стабилизация, потом переработка. Снизить физиологическое возбуждение: дыхание, заземление, ритмические движения, укрытие (одеяло, тёмная комната).

Вернуть чувство безопасности через тело. Травма – это потеря границ. Помочь клиенту почувствовать опору (стопы на полу, спина на стуле).

Психообразование – осторожно. Не навешивать диагнозы. Можно сказать: «То, что вы пережили, – это шок. Ваш мозг и тело защищались, как могли. Сейчас вам нужно время и покой».

Методика экстренной стабилизации «Ледяная вода» (скрипт для психолога)

Эта техника используется при остром диссоциативном состоянии, панической атаке, «застывании» после шока. Она мощно активирует парасимпатическую систему через холод.

Важно: применять только если клиент в безопасности и дал согласие. Не использовать при эпилепсии, тяжёлых сердечных заболеваниях без консультации врача.

Скрипт:

«Я вижу, что вы сейчас очень далеко от этого места, как будто застыли. Если вы готовы, я предлагаю очень простой способ вернуть себя в тело. У вас есть при себе бутылка холодной воды? (или я могу принести). Налейте немного в ладонь или в миску.

А теперь – медленно – опустите кончики пальцев в холодную воду. Не нужно резко. Просто почувствуйте температуру. … Теперь намочите запястья. … А теперь – если можете – умойте лицо.

Что вы чувствуете? (пауза). Холод активирует нервы, которые говорят мозгу: "ты в теле, ты здесь". Можете вытереться. А теперь положите руку на грудь и глубоко вдохните. Вы вернулись. Комната та же, время то же, вы в безопасности».

Что происходит на четырёх уровнях:

Нейро: Холод стимулирует вентральный вагус (социальную вовлечённость) и тормозит дорсальный (застывание). Активируется норадреналиновая система, но в регуляторном режиме.

Эндо: Холодовой шок вызывает выброс эндорфинов, снижающих боль и тревогу.

Психосоматика: Прерывается мышечный спазм, восстанавливается чувствительность кожи.

Психоанализ: Внешний сенсорный стимул (холод) выступает как «якорь реальности», помогая Эго оторваться от слияния с травматическим объектом.

Когда применять:

При острых флешбеках, когда клиент «улетает» в прошлое.

При дереализации («всё нереально»).

После того как клиент рассказал о шоке и начал «застывать» в кресле.

Ограничения: не применять как единственный метод; это экстренная помощь, а не терапия. После стабилизации нужна полноценная работа с травмой.

Кейс для разбора

Кейс:

Сергей, 28 лет, мобилизованный. Через неделю после прибытия на позиции попал под миномётный обстрел. Осколком убило сослуживца, который стоял в двух метрах. Сергей был контужен, но выжил. После эвакуации в тыл направлен к психологу. На первой встрече сидит неподвижно, смотрит в одну точку, на вопросы отвечает односложно: «Нормально», «Ничего не помню». Периодически начинает мелко трястись, говорит «холодно», хотя в комнате тепло. Отказывается от еды.

Вопросы слушателям (2-3 минуты):

Признаки какого типа травмы мы видим?

Какие уровни поражения очевидны?

С чего начинать работу? Можно ли сразу спрашивать о деталях обстрела?

Подходит ли техника «Ледяная вода»? Какие ещё меры первой помощи?

Разбор:

Классическая шоковая травма (острое событие, одномоментное, с угрозой жизни, гибель другого на глазах, диссоциация – «ничего не помню»).

Нейро: застывание (дорсальный вагус), амнезия (гиппокамп выключен). Эндо: возможно, истощение кортизола, высокий норадреналин (тремор, холод). Психосоматика: тремор, потеря аппетита, застывшая поза. Психоанализ: изоляция аффекта («нормально»), отчуждение («не помню»).

Начинать не с расспросов о деталях, а со стабилизации. Сначала создать безопасную среду: спокойный голос, мягкое освещение, предложить воду, укрыть пледом. Можно мягко сказать: «Вам не нужно сейчас ничего рассказывать. Просто побудьте здесь. Я рядом».

«Ледяная вода» подходит, если Сергей согласен. Альтернативы: заземление через давление (положить руки на колени и сжать), медленное дыхание (счет до 4), перечисление предметов в комнате. Также важно: после стабилизации – сон и отдых, возможно, временная фармакотерапия (по назначению врача). Травма-фокусированную терапию (EMDR, КПТ) начинать не раньше, чем исчезнет острая диссоциация.

(32:00 – 38:00) **Часть 4. Ответы на частые вопросы**

Вопрос 1: «Как отличить шоковую травму от симуляции или манипуляции?»

Ответ: При реальной шоковой травме поведение непроизвольно и не зависит от выгоды. Человек не может «включить» тремор или диссоциацию по заказу. Кроме того, при симуляции клиент обычно даёт яркий, детальный рассказ, а при шоке – либо молчит, либо рассказывает отстранённо. Доверяйте объективным признакам (вегетатика, застывание).

Вопрос 2: «Что делать, если клиент застыл, не отвечает, не двигается?»

Ответ: Это тяжёлая диссоциативная реакция (ступор). Не трясите его, не кричите. Спокойно сидите рядом, говорите медленно, простыми фразами: «Ты в безопасности. Сейчас я буду рядом. Можешь моргнуть, если слышишь меня». Можно попробовать тактильное заземление – положить свою руку ему на плечо (если разрешено) или его руку на его колено. Обычно ступор проходит в течение 5-30 минут. Если нет – нужен врач.

Вопрос 3: «Можно ли использовать EMDR в острой фазе шока?»

Ответ: Категорически нет. EMDR требует стабильности и способности удерживать двойное внимание (травма + здесь-и-сейчас). При остром шоке это может усилить диссоциацию. Сначала стабилизация (недели-месяцы), потом переработка.

Вопрос 4: «Часто ли бывает отсроченная шоковая травма – когда симптомы возникают через полгода после события?»

Ответ: Да, это отсроченное ПТСР. Человек может казаться «нормальным» месяцами, а потом триггер (например, новость о гибели другого сослуживца) запускает полную симптоматику. Это не значит, что травмы не было – просто защиты работали до определённого момента.

(38:00 – 40:00) **Резюме и задание**

Ключевые выводы лекции:

Шоковая травма – одномоментное, сверхинтенсивное событие, которое вызывает застывание, диссоциацию и блокировку гиппокампа.

Отличие от хронической травмы: внезапность, отсутствие предупреждения, прорыв стимульного барьера.

На четырёх уровнях: нейро – доминирование дорсального вагуса, эндо – катехоламиновый взрыв и истощение кортизола, психосоматика – застывшая поза и потеря чувствительности, психоанализ – вытеснение и принудительное повторение.

Первая помощь – стабилизация, а не детализация. Методика «Ледяная вода» – экстренный способ прервать диссоциацию.

Травма-фокусированная терапия начинается только после снятия острой симптоматики.

Задание для самостоятельной работы:

Вспомните или вообразите клиента с шоковой травмой (участник СВО, жертва ДТП, внезапная потеря близкого). Опишите план действий в первые три дня после обращения, используя алгоритм:

Оценка безопасности и физического состояния.

Первые техники стабилизации (какие именно? обоснуйте).

Психообразование – что и как вы скажете клиенту.

Признаки, по которым вы поймёте, что острая фаза прошла и можно переходить к переработке.

Лекция 1.7. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)

(0:00 – 3:00) Введение. Когда острый стресс становится расстройством

Коллеги, на предыдущих лекциях мы разобрали, что такое шоковая травма и острое стрессовое расстройство (ОСР). Сегодня мы поговорим о том, что происходит, если травма не перерабатывается, и симптомы сохраняются больше месяца.

Посттравматическое стрессовое расстройство – это не просто «тяжёлое воспоминание». Это полноценное клиническое расстройство, которое меняет жизнь человека, его мозг, гормоны, тело и отношения. ПТСР может длиться годами и десятилетиями, если не лечить. Но, к счастью, оно хорошо поддаётся современной психотерапии (EMDR, КПТ, сфокусированной на травме).

Сегодня мы разберём:

Критерии ПТСР – простым языком, без сложных диагнозов.

Как симптомы группируются в кластеры.

Фазы развития ПТСР – почему у одних оно проходит, а у других хронифицируется.

Четыре уровня понимания ПТСР (нейро, эндо, психосоматика, психоанализ).

Практическая методика «Дневник симптомов» и разбор кейса.

(3:00 – 12:00) **Часть 1. Что такое ПТСР? Основные критерии**

ПТСР – это расстройство, которое развивается после переживания травматического события (или серии событий) и характеризуется четырьмя группами симптомов. В МКБ-11 и DSM-5 эти группы немного различаются, но для практики мы можем выделить три-четыре кластера.

Кластер 1. Интрузии (навязчивое вторжение травмы)

Это непроизвольные, навязчивые возвращения травмы в сознание. Они бывают в разных формах:

Флешбеки: человек как будто снова переживает травму – видит, слышит, чувствует её. Это не просто воспоминание, а ощущение, что это происходит сейчас. Например, ветеран слышит хлопок – и на секунду «оказывается» в горящей машине.

Кошмарные сны: повторяющиеся сны с содержанием травмы или похожей угрозой.

Эмоциональный дистресс при напоминаниях: вид формы, звук вертолёта, запах горелого – всё это вызывает сильную тревогу, панику, гнев.

Физиологические реакции: при напоминании о травме человек начинает потеть, сердце колотится, мышцы напрягаются.

Важно: человек не выбирает эти интрузии. Они приходят против его воли.

Кластер 2. Избегание

Это активные или пассивные попытки не сталкиваться с тем, что напоминает о травме.

Избегание внешних напоминаний: не ходит в те места, не смотрит определённые фильмы, не общается с теми, кто был свидетелем.

Избегание внутренних напоминаний: старается не думать о травме, подавляет чувства, «отключает» мысли. Может употреблять алкоголь, чтобы не чувствовать.

Избегание поддерживает ПТСР, потому что не даёт мозгу переработать опыт. Травма остаётся в сыром виде.

Кластер 3. Негативные изменения в мышлении и настроении (по DSM-5)

Неспособность вспомнить важные детали травмы (диссоциативная амнезия).

Устойчивые негативные убеждения о себе, других, мире: «Я плохой», «Никому нельзя доверять», «Мир тотально опасен».

Обвинение себя или других в том, что произошло («Это я не успел», «Это командир виноват»).

Хроническое негативное эмоциональное состояние: страх, ужас, вина, стыд.

Потеря интереса к значимым видам деятельности (ангедония).

Чувство отчуждения от других («меня никто не поймёт»).

Неспособность испытывать положительные эмоции.

Кластер 4. Изменения в реактивности и возбуждении

Раздражительность и вспышки гнева (иногда с агрессивным поведением).

Безрассудное или саморазрушительное поведение (опасная езда, злоупотребление, рискованный секс).

Гипербдительность – постоянное сканирование окружения в поисках угрозы.

Преувеличенная реакция испуга – вздрагивает от любого неожиданного звука.

Проблемы с концентрацией внимания.

Нарушения сна (трудности засыпания, беспокойный сон, кошмары).

Временной критерий

Симптомы должны длиться более 1 месяца. Если меньше – это острое стрессовое расстройство. Если симптомы начались через 6 и более месяцев после травмы – это отсроченное ПТСР.

(12:00 – 22:00) **Часть 2. Фазы развития ПТСР. Почему не у всех оно хроническое?**

ПТСР – это не статичное состояние. Оно проходит через определённые фазы, и понимание этих фаз помогает терапевту не ошибиться с интервенцией.

Фаза 1. Острая (0–1 месяц после травмы)

Это период ОСР. Человек может быть дезорганизован, плакать, застывать, или, наоборот, быть гиперактивным. В этой фазе не нужно травма-фокусированной терапии. Нужна стабилизация, поддержка, безопасность.

Фаза 2. Хроническая (1–3 месяца и более)

Если симптомы не проходят, ставится диагноз ПТСР. В этой фазе начинается качели между интрузиями и избеганием. Человек то «захлёбывается» воспоминаниями, то «замораживается» в онемении.

Фаза 3. Отсроченная (начало через 6+ месяцев)

Человек мог казаться вполне благополучным, но потом триггер (например, новость о гибели сослуживца, годовщина события) запускает полную картину ПТСР. Это часто встречается у ветеранов, которые после возвращения домой «держались», а потом «сломались».

Фаза 4. Резидуальная (годы спустя)

Симптомы могут сгладиться, но остаётся повышенная уязвимость, избегание, изменения личности. Без терапии ПТСР может сохраняться десятилетиями.

Почему у одних ПТСР проходит, а у других нет? Факторы риска хронификации:

Тяжесть и длительность травмы.

Перитравматическая диссоциация (чем сильнее был ступор – тем выше риск).

Отсутствие социальной поддержки.

Предшествующие травмы в детстве.

Женский пол (у женщин риск ПТСР выше из-за особенностей гормональной регуляции и типа травм – например, сексуальное насилие).

(22:00 – 32:00) **Часть 3. Четыре уровня ПТСР (нейро, эндо, психосоматика, психоанализ)**

3.1. Нейробиология ПТСР

Амигдала: гиперактивна, уменьшен порог реагирования. Может срабатывать на нейтральные стимулы.

Гиппокамп: уменьшен в объёме на 8-12%. Не может отличать прошлое от настоящего.

Префронтальная кора: гипоактивна, плохо тормозит амигдалу. Человек не может «взять себя в руки».

Островок Рейля (инсула): отвечает за восприятие тела. При ПТСР его активность может быть либо понижена (диссоциация), либо повышена (телесные триггеры).

Изменения связей: снижена связь между ПФК и амигдалой, повышена связь между амигдалой и сенсорными зонами. Травма как бы «намертво припаяна» к ощущениям.

3.2. Эндокринология ПТСР

Ключевой парадокс, который нужно объяснить слушателям:

Норадреналин в мозге повышен (особенно ночью, отсюда кошмары).

Кортизол часто понижен (особенно утром) при хроническом ПТСР. Это истощение ГГН-оси.

Низкий кортизол объясняет: хроническую усталость, проблемы с иммунитетом, аутоиммунные заболевания, трудности с пробуждением.

Высокий норадреналин объясняет: гипербдительность, реакцию испуга, флешбеки.

Также нарушен уровень тестостерона (снижен, что ведёт к депрессии, низкому либидо) и окситоцина (снижена способность к доверию и привязанности).

3.3. Психосоматика ПТСР

Мы уже перечисляли последствия, но подчеркнём ключевые соматические синдромы, которые прямо связаны с ПТСР:

Сердечно-сосудистые: гипертония, ИБС, тахиаритмии.

Желудочно-кишечные: СРК, функциональная диспепсия, язвы.

Болевые: фибромиалгия, хронические головные боли, боли в спине.

Аутоиммунные: ревматоидный артрит, псориаз, тиреоидит.

Респираторные: психогенная одышка, гипервентиляционный синдром.

Механизм: хронический норадреналиновый пресс → спазм сосудов → ишемия органов + дисрегуляция кортизола → воспаление.

3.4. Психоаналитический взгляд на ПТСР

Фрейд и его последователи видели в ПТСР (тогда называлось «травматический невроз») конфликт между влечением к жизни и влечением к смерти. Травма как бы доказывает, что смерть реальна и может победить. Психика защищается:

Вытеснение: травма уходит в бессознательное, но продолжает влиять.

Изоляция аффекта: человек говорит о событии как о чужом, без эмоций.

Отчуждение: «это случилось не со мной, а с кем-то другим».

Идентификация с агрессором: человек начинает вести себя как тот, кто его травмировал (например, ветеран становится жестоким с семьёй).

Принудительное повторение – самый загадочный феномен. Человек бессознательно воссоздаёт ситуации, похожие на травму, как будто хочет на этот раз победить. Например, ветеран снова идёт в опасную зону, или женщина, пережившая насилие, вступает в отношения с абьюзером.

Цель психоаналитической терапии при ПТСР: не «стереть» память, а связать аффект с представлением и интегрировать травму в историю жизни. Сделать её прошлым, а не вечным настоящим.

(32:00 – 38:00) **Часть 4. Методика «Дневник симптомов» и кейс**

Методика «Дневник симптомов» (скрипт для клиента)

Это простая, но очень эффективная техника самоконтроля, которая помогает и клиенту, и психологу увидеть динамику ПТСР.

Скрипт для психолога:

«Я предлагаю вам вести небольшой дневник в течение 2-3 недель. Каждый вечер отвечайте на три вопроса, ставя оценку от 0 (нет) до 10 (максимально):

Насколько сильными были сегодня непрошеные воспоминания или флешбеки?

Насколько сильно я сегодня старался избегать мыслей или мест, связанных с травмой?

Каким было моё общее напряжение/тревога сегодня?

Также можно записывать: "сегодня меня триггернуло (что именно) и реакция была (какая)".

Не нужно писать много. Достаточно цифр и коротких фраз. Этот дневник поможет нам обоим понять, как работает ваше ПТСР, и увидеть, что терапия даёт результат».

Что даёт дневник:

Объективизация симптомов.

Выявление триггеров.

Мотивация – когда цифры начинают снижаться.

Возможность отследить эффект от конкретных техник.

Кейс для разбора

Кейс:

Виктор, 45 лет, в прошлом – офицер, участник первой чеченской кампании. Тогда, 20 лет назад, попал в засаду, был ранен, двое сослуживцев погибли. После возвращения домой пил, развёлся, потерял работу, жил один. Последние 10 лет не пил, работал сторожем, вроде бы «нормально». Но две недели назад увидел по телевизору сюжет о СВО – показали горящий БТР. После этого у него начались кошмары каждую ночь, он стал вздрагивать от громких звуков, не выходит из дома, боится ехать в магазин. Говорит: «Я в тот день умер».

Вопросы слушателям:

Какой тип ПТСР у Виктора по времени начала?

Какие кластеры симптомов мы видим?

Как нейробиологически объяснить, что ПТСР «проснулось» через 20 лет?

С чего начать терапию?

Разбор:

Отсроченное ПТСР – симптомы начались через много лет после травмы, но были «заморожены» за счет защит (алкоголь, изоляция, избегание). Триггер (сюжет про БТР) пробил защиты.

Кластеры:

Интрузии: кошмары, вероятно, флешбеки не описаны, но вздрагивание – физиологическая реакция.

Избегание: не выходит из дома, боится ехать в магазин.

Негативные изменения: чувство «я умер» – депрессивная составляющая.

Гипервозбуждение: вздрагивание, проблемы со сном.

Нейробиологически: Травма была зафиксирована в амигдале и телесных сенсорах. Защиты (изоляция, избегание) держали её в «заморозке». Когда появился мощный триггер (визуальный образ горящего БТР), амигдала «вспомнила» старую травму, и гиппокамп не смог отделить прошлое от настоящего. ПФК, ослабленная годами изоляции, не смогла затормозить.

Начало терапии:

Сначала стабилизация – снизить острую тревогу (дыхание, заземление, возможно, медикаментозно по назначению врача).

Психообразование: «Ваш мозг проснулся спустя 20 лет, потому что защиты упали. Это не слабость, это нейробиология».

Работа с триггерами, постепенное расширение активности.

Затем – травма-фокусированная терапия (EMDR или КПТ с пролонгированной экспозицией) для переработки исходного события.

Важно: Виктор в группе риска по суициду («я умер»). Оценить риск.

(38:00 – 40:00) **Резюме и задание**

Ключевые выводы лекции:

ПТСР – это не просто воспоминания, а комплекс симптомов из четырёх кластеров: интрузии, избегание, негативные изменения, гипервозбуждение.

Оно может быть острым (1-3 месяца), хроническим (годы), отсроченным (начало через полгода и более).

На нейробиологическом уровне: гиперактивная амигдала, уменьшенный гиппокамп, слабая ПФК.

На эндокринологическом: высокий норадреналин, низкий кортизол (при хроническом).

Психосоматика: высокий риск сердечных, желудочных, болевых и аутоиммунных заболеваний.

Психоанализ: защиты (вытеснение, изоляция, отчуждение) и принудительное повторение.

Простая методика «Дневник симптомов» помогает отслеживать динамику.

Задание для самостоятельной работы:

Возьмите любой клинический случай ПТСР из вашей практики (или опишите воображаемого). Заполните таблицу:

Кластер симптомов
Конкретные проявления
Какие нейробиологические/эндокринные механизмы за этим стоят?

Интрузии

Избегание

Негативные изменения

Гипервозбуждение

Затем напишите краткий план первых трёх сессий (что будете делать на каждой), с указанием, на какой уровень (нейро, эндо, тело, бессознательное) вы в первую очередь направляете интервенции.

Лекция 1.8–1.9. Общепсихологическая модель ПТСР. Фазы развития и симптоматика ПТСР

(0:00 – 5:00) Введение. Зачем нам модель?

Коллеги, добрый день. Сегодня мы соединяем две темы: общепсихологическую модель ПТСР (как психика пытается переработать травму) и фазы развития ПТСР (как это разворачивается во времени). Понимание модели даёт нам карту того, где именно «застревает» клиент, и какую интервенцию применить на каждой фазе.

Классическая модель, которую мы разберём, предложена Марди Горовицем в 1970-х годах, но она блестяще подтверждается современной нейробиологией и эндокринологией. Это не устаревшая теория, а базовая схема, без которой психологу трудно ориентироваться в динамике ПТСР.

Главная идея: Психика после травмы находится в конфликте между двумя противоположными тенденциями:

Интрузия – стремление травматической информации прорваться в сознание, быть переработанной.

Избегание – стремление психики защититься от невыносимых переживаний, вытеснить их.

Нормальное проживание травмы – это постепенное чередование интрузии и избегания с уменьшением интенсивности, пока травма не интегрируется. При ПТСР этот цикл застревает: либо в бесконечных интрузиях (флешбеки, кошмары), либо в тотальном избегании (онемение, изоляция, алекситимия). А чаще – в качелях между ними.

Сегодня мы:

Разберём модель Горовица шаг за шагом.

Сопоставим её с фазами развития ПТСР (воздействие, отрицание, интрузия, переработка, завершение).

На каждом этапе дадим нейробиологические, эндокринные, психосоматические и психоаналитические комментарии.

Разберём кейс «застрявшего» клиента и методику «Качели симптомов».

(5:00 – 18:00) **Часть 1. Модель Горовица: конфликт интрузии и избегания**

1.1. Что такое интрузия?

Интрузия – это непроизвольное вторжение травматического материала в сознание. Формы:

Флешбеки (сенсорные, эмоциональные, двигательные).

Кошмарные сны.

Навязчивые мысли, образы.

Интенсивный дистресс при столкновении с триггерами.

Физиологические реакции (пот, сердцебиение) «из ниоткуда».

Зачем нужна интрузия с точки зрения модели?

Горовиц считал, что интрузия – это попытка психики переработать не assimilated опыт. Мозг как бы говорит: «Это событие слишком важно, чтобы его игнорировать. Давай ещё раз, попробуем осмыслить». Но при ПТСР эти попытки слишком интенсивны и не приводят к интеграции, потому что психика не может «принять» травму.

Нейробиология интрузии:

Гиперактивация амигдалы и сенсорных кор.

Снижение активности гиппокампа – нет маркировки «прошлое».

Повышенный норадреналин, особенно ночью (кошмары).

Психоаналитический комментарий:

Интрузия – это возвращение вытесненного. Травма, которую не удалось символизировать, прорывается в виде сырых аффектов и образов. Это похоже на то, как если бы запертый в подвале человек начал стучать в дверь всё громче.

1.2. Что такое избегание?

Избегание – это активные или пассивные попытки уменьшить контакт с травматическим материалом. Формы:

Избегание внешних напоминаний (мест, людей, разговоров).

Избегание внутренних напоминаний (подавление мыслей, чувств).

Эмоциональное онемение, отчуждение.

Употребление алкоголя/наркотиков как «отключка».

Диссоциация (дереализация, деперсонализация).

Зачем нужно избегание?

Это защита от перегрузки. Если бы психика не включала избегание, человек захлебнулся бы в ужасе. Избегание – это аналог «предохранителя». Проблема в том, что при ПТСР предохранитель работает слишком долго и мешает переработке.

Нейробиология избегания:

Активация префронтальной коры (попытка подавить), но со временем ПФК истощается.

Диссоциация связана с торможением островка Рейля и передней поясной коры.

Эндокринно: высокий уровень эндогенных опиоидов (динорфин) вызывает онемение.

Психоаналитический комментарий:

Избегание – это совокупность защит: вытеснение, изоляция аффекта, отчуждение, интеллектуализация. Человек может говорить о травме как посторонний, или вообще не помнить её.

1.3. Нормальный цикл переработки

В норме после травмы психика входит в осцилляции (качели):

Сначала интрузия (вспоминает, переживает) → устаёт → включается избегание (отдых, отвлечение) → через какое-то время снова интрузия, но уже чуть слабее.

Так, с каждым циклом интенсивность падает, травма обрастает контекстом, связывается с другими воспоминаниями, становится частью автобиографии. Процесс занимает от нескольких недель до года.

Где сбой при ПТСР?

Вариант А: Интрузия слишком сильная, избегание не включается → человек в постоянном ужасе, истощается, может развиться паническое расстройство.

Вариант Б: Избегание тотальное, интрузия подавлена → человек застывает в онемении, апатии, диссоциации, травма не перерабатывается, но и не мучает открыто. До поры.

Вариант В (самый частый): Качели с очень большой амплитудой – то захлёбывается в флешбеках, то полностью «отключается». Переработки нет, потому что психика не может установить средний уровень.

Метафора для клиента:

«Представьте, что вы учитесь ездить на велосипеде. Интрузия – это когда вы падаете и чувствуете боль. Избегание – это когда вы отказываетесь садиться на велосипед. Нормальное обучение – падать, потом отдыхать, потом снова пробовать, и в конце концов поехать. При ПТСР вы либо падаете бесконечно, либо вообще не садитесь».

(18:00 – 32:00) **Часть 2. Фазы развития ПТСР (динамическая модель)**

Теперь развернём модель Горовица во времени. Выделяют 5 фаз, которые могут сменять друг друга, застревать или регрессировать.

Фаза 1. Воздействие (Impact Phase)

Временной диапазон: первые минуты – несколько часов (иногда до 3 дней).

Что происходит:

Человек сталкивается с травматическим событием. Реакции могут быть двух типов:

Гиперактивная: крик, двигательное возбуждение, хаотичные действия.

Гипоактивная: ступор, оцепенение, диссоциация, «отключка».

Как вписывается в модель Горовица:

Интрузия ещё не сформировалась как отдельный симптом, потому что травма всё ещё продолжается или только что закончилась. Избегание проявляется как попытка убежать физически или «отключиться» диссоциативно.

Нейробиология:

Доминирование симпатической системы (при возбуждении) или дорсального вагуса (при застывании). Амигдала перегружена, гиппокамп не кодирует.

Эндокринология:

Максимальный выброс адреналина и норадреналина, кортизол резко растёт.

Психосоматика:

Тело в позе борьбы/бегства или застывания. Возможны обмороки, непроизвольное мочеиспускание.

Психоанализ:

Стимульный барьер прорван. Психика работает по первичному процессу (иррационально, без учёта реальности).

Что делать психологу в этой фазе:

Не спрашивать «что случилось?» – это может усилить хаос.

Обеспечить физическую безопасность, тепло, покой.

Говорить простыми, короткими фразами («Ты в безопасности», «Сейчас я рядом»).

Не пытаться «прорабатывать» или «рационально объяснять».

Фаза 2. Отрицание / Оцепенение (Denial / Numbing Phase)

Временной диапазон: от нескольких дней до нескольких недель (иногда месяцев).

Что происходит:

Человек внешне «приходит в себя», но эмоционально он как будто под наркозом. Он может вернуться к работе, общаться, но без чувств. Травма не вспоминается или вспоминается как чужое кино. Человек говорит: «Я справился», «Всё нормально», «Не хочу об этом говорить».

В модели Горовица:

Доминирует избегание. Интрузия заблокирована защитами. Это период «передышки» для психики, но если он затягивается – переработка не начинается.

Нейробиология:

Амигдала временно заторможена (возможно, за счёт эндогенных опиоидов). Префронтальная кора пытается контролировать, но ценой истощения.

Эндокринология:

Уровень кортизола может быть нормальным или даже повышенным, но реакция на стрессоры снижена. Норадреналин в пределах нормы днём, но может повышаться ночью (кошмары, если они есть).

Психосоматика:

Тело застывает в «панцире» – хронические напряжения, потеря чувствительности. Могут возникнуть «беспричинные» боли (головные, в спине), которые человек не связывает с травмой.

Психоанализ:

Защиты: изоляция аффекта, отчуждение, вытеснение. Человек может говорить о событии как о случившемся с другим. Это адаптивно в краткосрочной перспективе, но патологично в долгосрочной.

Что делать психологу:

Не прорывать защиту насильно. Уважать право не говорить.

Психообразование: «То, что вы сейчас не чувствуете боли – это нормальная защита. Когда организм будет готов, чувства вернутся».

Создавать безопасные условия для возможного проявления чувств в будущем.

Искать «окна» – моменты, когда клиент всё же проявляет эмоцию (даже гнев или раздражение), и мягко поддерживать.

Фаза 3. Интрузия (Intrusion Phase)

Временной диапазон: от нескольких недель до многих лет (при хроническом ПТСР).

Что происходит:

Защиты падают, и травма прорывается в сознание в виде флешбеков, кошмаров, навязчивых мыслей. Человек «захлёбывается» воспоминаниями. Он может вести себя так, будто угроза происходит сейчас: прятаться, кричать, нападать.

В модели Горовица:

Доминирует интрузия. Избегание всё ещё есть, но оно не справляется. Человек мечется: то хочет забыть, то сам ищет триггеры (принудительное повторение).

Нейробиология:

Гиперактивность амигдалы, снижение связи с ПФК. Гиппокамп не может отделить прошлое от настоящего.

Эндокринология:

Норадреналин высокий, особенно в REM-сне (кошмары). Кортизол может быть низким (истощение) или аномально реагировать на стресс.

Психосоматика:

Частые соматические вспышки: сердцебиение, потливость, тремор, одышка, спазмы. Тело «оживает» в травме.

Психоанализ:

Принудительное повторение. Человек может бессознательно воссоздавать ситуации, похожие на травму, пытаясь «переиграть» её. Например, ветеран вступает в уличные драки.

Что делать психологу:

Не пытаться остановить интрузию силой воли – это бесполезно.

Обучать техникам заземления, чтобы клиент мог быстро возвращаться в «здесь и сейчас».

Начинать травма-фокусированную терапию (EMDR, КПТ с экспозицией) только когда клиент может хотя бы немного регулировать своё состояние.

Важно: если интрузия слишком сильная, сначала стабилизация (дыхание, grounding, возможно, медикаменты по назначению врача).

Фаза 4. Переработка (Working Through Phase)

Временной диапазон: зависит от терапии и ресурсов.

Что происходит:

При успешной терапии или благоприятном естественном течении интрузии и избегание начинают постепенно уменьшаться. Человек может вспоминать травму без «захлёбывания». Появляются новые смыслы, травма встраивается в жизненную историю.

В модели Горовица:

Осцилляции становятся меньше по амплитуде, периоды покоя длиннее. Интрузия перестаёт быть пугающей – она становится «просто воспоминанием».

Нейробиология:

Гиппокамп восстанавливает объём (нейропластичность). ПФК учится тормозить амигдалу. Связи между отделами мозга нормализуются.

Эндокринология:

Норадреналин снижается, кортизол приходит к нормальному суточному ритму. Восстанавливается чувствительность ГГН-оси.

Психосоматика:

Хронические напряжения постепенно уходят. Могут появиться «освобождающие» ощущения: дрожь, тепло, слёзы без боли.

Психоанализ:

Травма символизируется, связывается с аффектом. Человек может говорить «это случилось со мной, и это было ужасно, но это прошло». Защиты становятся гибкими.

Что делать психологу:

Поддерживать, не форсировать.

Использовать методы переработки (EMDR, пролонгированная экспозиция, соматические техники).

Поощрять «рассказывание истории» с деталями, но с контролем.

Фаза 5. Завершение / Интеграция (Completion Phase)

Временной диапазон: после успешной терапии.

Что происходит:

Человек вернулся к полноценной жизни. Травма – часть прошлого, она не определяет настоящее. Могут оставаться «шрамы» (например, избегание некоторых мест), но они не мешают жить.

Что делать психологу:

Подтвердить завершение, дать обратную связь.

Помочь построить планы на будущее.

Обсудить, как распознавать ранние признаки рецидива (возможен при новых стрессах).

(32:00 – 44:00) **Часть 3. Почему цикл застревает? Факторы хронификации**

Важно понимать, что не у всех ПТСР становится хроническим. Фазы 1-2 проходят многие, но затем либо интрузия затухает, либо нет.

Факторы, ведущие к хроническому ПТСР (застревание в фазе 3 или 2):

Тяжесть и длительность травмы – чем интенсивнее, тем выше риск.

Перитравматическая диссоциация – чем сильнее был ступор, тем хуже переработка.

Отсутствие социальной поддержки – если не с кем поговорить, нет принятия.

Предшествующие травмы (особенно в детстве) – снижают устойчивость.

Женский пол – выше риск из-за гормональных факторов (эстроген влияет на реакцию на стресс) и типа травм (сексуальное насилие).

Избегание как стратегия совладания – если человек с первых дней «закрылся», не позволил себе чувствовать.

Дополнительные стрессоры после травмы (потеря работы, развод).

Нейробиологическая модель хронификации:

Повторяющиеся интрузии → повторная активация стрессовой оси → дальнейшее повреждение гиппокампа → ещё хуже контекстуализация → ещё чаще интрузии. Порочный круг.

Хроническое избегание → истощение ПФК → потеря способности даже пытаться переработать.

Эндокринологический маркер хронификации:

Аномально низкий утренний кортизол + высокий норадреналин = плохой прогноз без терапии.

Психоаналитический взгляд:

Хроническое ПТСР – это фиксация на стадии принудительного повторения. Человек не может перейти от повторения к символизации.

(44:00 – 54:00) **Часть 4. Методика «Качели симптомов» и разбор кейса**

Методика «Качели симптомов» (скрипт для клиента)

Эта техника помогает клиенту осознать свой цикл и начать его регулировать. Она основана на модели Горовица.

Скрипт для психолога:

«Я предлагаю вам представить качели. На одной стороне – "волна" – это когда вас накрывают воспоминания, кошмары, тревога. На другой стороне – "затишье" – когда вы ничего не чувствуете, избегаете, застываете. Сейчас мы вместе нарисуем график ваших качелей за последнюю неделю.

Возьмите лист бумаги. Горизонтальная ось – дни недели. Вертикальная – интенсивность от 0 до 10. Теперь двумя разными цветами отметьте каждый день: красным – уровень интрузий (флешбеков, кошмаров, навязчивых мыслей), синим – уровень избегания (как сильно вы старались не думать, не идти туда, не чувствовать).

Посмотрите на получившийся график. Видите, как они связаны? Обычно если красный высокий, то синий тоже высокий (человек пытается спастись от интрузий избеганием). Или если синий очень низкий (нет избегания), то красный может зашкаливать. Где вы находитесь сейчас?

Наша задача – не убрать качели полностью, а сделать их амплитуду меньше. Чтобы вы могли чувствовать, но не захлёбываться, и могли отдыхать, но не застывать. Для этого мы будем учиться маленьким шагам: когда интрузия – заземляться, не убегая в полное избегание; когда избегание – делать маленькое “выныривание” в чувство».

Назначение:

Визуализация цикла.

Снижение самокритики («я не сумасшедший, это просто качели»).

База для планирования интервенций.

Кейс для разбора

Кейс:

Игорь, 35 лет, участник СВО, вернулся 4 месяца назад. Обратился по настоянию жены. Говорит: «Я нормально, но жена говорит, что я живу как робот». При расспросе выясняется:

Первые две недели после возвращения был «стеклянным» – не разговаривал, сидел у телевизора, не реагировал на детей. Жена думала – адаптируется.

Затем начались кошмары (каждую ночь снится обстрел, он кричит во сне).

Днём – либо полная апатия (лежит на диване, не хочет ничего), либо внезапные вспышки гнева (закричал на ребёнка за разлитое молоко).

Избегает встречаться с сослуживцами, не смотрит новости, перестал выходить на улицу.

Говорит: «Либо я ничего не чувствую, либо меня разрывает. Никакой середины».

Вопросы слушателям (5 минут паузы):

В какой фазе (по пятифазной модели) находится Игорь сейчас?

Как модель Горовица объясняет его состояние «либо 0, либо 10»?

Какие четыре уровня (нейро, эндо, психосоматика, психоанализ) проявляются?

С чего начать терапию? (конкретный план первой сессии)

Разбор:

Игорь находится в фазе интрузии с элементами избегания, но избегание не защищает полностью. Он «застрял» в качелях с очень большой амплитудой. Фаза воздействия давно прошла, отрицание (первые две недели) сменилось интрузией, но переработка не наступает.

По Горовицу, психика не может установить равновесие. Интрузия слишком сильная (кошмары, вспышки гнева), и в ответ включается тотальное избегание (апатия, изоляция). Но избегание не снижает интрузию, а только истощает. Получается качели: когда защиты падают – интрузия, когда защиты максимальны – оцепенение.

Четыре уровня:

Нейро: Гиперактивная амигдала (вспышки гнева, кошмары), слабая ПФК (не может регулировать), гиппокамп не кодирует «я дома».

Эндо: Высокий норадреналин ночью (кошмары), вероятно, низкий кортизол утром (апатия, не может встать с дивана).

Психосоматика: Гнев проявляется телесно – крик, напряжение мышц; апатия – потеря энергии, гипотония.

Психоанализ: Принудительное повторение – во сне он снова переживает обстрел. Избегание как защита от уничтожающей тревоги.

План первой сессии:

Стабилизация, а не переработка. Не спрашивать детали обстрела.

Психообразование: объяснить модель «качелей», снять вину («вы не сошли с ума, это нормальная реакция на ненормальное событие»).

Техника заземления: например, «5-4-3-2-1» или «квадратное дыхание», чтобы Игорь мог применять при начинающейся вспышке гнева или панике.

Дневник симптомов (красный/синий) на неделю.

Рекомендация по сну: если кошмары – обсудить с психиатром возможные медикаменты (празозин снижает норадреналин и кошмары).

Важно: не предлагать EMDR или экспозицию, пока нет хотя бы минимальной способности к саморегуляции.

(54:00 – 60:00) **Резюме, ответы на вопросы и задание**

Ключевые выводы лекции 1.8–1.9:

Модель Горовица описывает ПТСР как конфликт между интрузией (прорыв травмы) и избеганием (защита от неё). Нормальный цикл – постепенное затухание качелей.

Пять фаз развития ПТСР: воздействие, отрицание/оцепенение, интрузия, переработка, завершение. При ПТСР застревание происходит в фазе отрицания (хроническое онемение) или в фазе интрузии (хронические флешбеки).

На нейробиологическом уровне застревание связано с гиперактивностью амигдалы, повреждением гиппокампа, слабостью ПФК.

Эндокринологически: высокий норадреналин, аномальный (часто низкий) кортизол.

Психосоматически: хронические спазмы, боль, дисфункции органов.

Психоаналитически: принудительное повторение, вытеснение, изоляция аффекта.

Методика «Качели симптомов» помогает клиенту визуализировать свой цикл.

Задание для самостоятельной работы:

Возьмите любого клиента с ПТСР (или воображаемого). Определите, в какой фазе он находится. Затем заполните таблицу:

Фаза
Признаки у клиента
Какие вмешательства показаны (а какие противопоказаны)?

Воздействие

Отрицание

Интрузия

Переработка

Завершение

Добавьте в конце: «Какой у него паттерн качелей (амплитуда, частота)? Как я могу помочь уменьшить амплитуду?»

Лекция 1.10. Типы ПТСР

(0:00 – 4:00) Введение. Почему тип ПТСР важен для терапии

Коллеги, добрый день. На прошлом занятии мы разобрали модель ПТСР как конфликта интрузии и избегания, а также фазы развития. Сегодня мы поговорим о том, что ПТСР не бывает «одинаковым». Один и тот же диагноз может скрывать совершенно разные клинические картины, механизмы и, самое главное, – требовать разных терапевтических стратегий.

Различают четыре основных типа ПТСР (в зависимости от времени начала, длительности и характера травмы):

Простой (острый) ПТСР – результат однократной травмы, симптомы длятся от 1 до 3 месяцев.

Хронический ПТСР – симптомы длятся более 3 месяцев, часто годами.

Отсроченный ПТСР – симптомы возникают через 6 месяцев и более после травмы.

Комплексный ПТСР (кПТСР) – результат длительной, повторяющейся, межличностной травмы, включает дополнительные нарушения саморегуляции, самооценки и отношений.

В контексте СВО мы встречаем все эти типы: у бойцов с однократным обстрелом – простой ПТСР; у тех, кто провёл на передовой много месяцев – хронический или комплексный; у членов семей – отсроченный (например, после получения похоронки); у бывших пленных или заложников – комплексный.

Сегодня разберём каждый тип, его нейробиологию, эндокринологию, психосоматику и психоаналитический профиль. В конце – методика «Дифференциальная карта» и кейс на определение типа.

(4:00 – 15:00) **Часть 1. Простой (острый) ПТСР**

Определение и критерии

Простой ПТСР – возникает после однократного травматического события (или нескольких событий, но связанных единой темой и ограниченных во времени). Симптомы длятся от 1 до 3 месяцев. Если они проходят в этом окне – прогноз благоприятный. Если затягиваются – переходит в хронический.

Примеры для участников СВО:

Один миномётный обстрел, в котором боец не пострадал физически, но видел гибель сослуживца.

Один случай подрыва машины с последующей эвакуацией.

Однократное получение «похоронки» на мужа (для жены).

Клиническая картина

Чёткие интрузии (флешбеки, кошмары) именно того события.

Избегание триггеров, связанных с событием.

Гипербдительность, нарушения сна.

Сохранность самооценки и способности к доверию (вне контекста травмы).

Нейробиология простого ПТСР

Амигдала гиперактивна, но только при предъявлении триггеров, связанных с событием.

Гиппокамп может быть незначительно уменьшен, но не критично.

Префронтальная кора частично сохраняет способность к торможению в безопасной обстановке.

Ключевое: изменения обратимы при своевременной терапии.

Эндокринология

Повышен норадреналин, особенно в REM-сне.

Кортизол может быть повышен в острую фазу, но при переходе в норму – восстанавливается.

ГГН-ось реагирует на терапию (EMDR, КПТ) в течение 1-3 месяцев.

Психосоматика

Обычно ограниченные, временные симптомы: головные боли напряжения, тахикардия при триггерах, желудочные спазмы.

Нет глубоких аутоиммунных или хронических болевых синдромов.

Психоаналитический профиль

Травма пробила стимульный барьер, но психика сохранила способность к символизации.

Защиты: вытеснение, изоляция аффекта, но они не тотальны.

Перенос в терапии: клиент может доверять терапевту, нет глубокого расщепления.

Терапевтический прогноз

Очень благоприятный. EMDR (3-6 сессий) или травма-фокусированная КПТ (8-12 сессий) часто полностью снимают симптомы. Возможно естественное затухание за 3-6 месяцев без терапии, но лучше не ждать.

Пример из практики:

Боец «Шмель», 24 года, попал под обстрел в первый месяц службы, видел убитого. Через 2 месяца после возвращения – кошмары, флешбеки при звуке фейерверков, избегает смотреть военные фильмы. При этом с женой тёплые отношения, на работе справляется, хобби сохранил. После 4 сессий EMDR симптомы ушли. Это простой ПТСР.

(15:00 – 26:00) **Часть 2. Хронический ПТСР**

Определение и критерии

Хронический ПТСР – симптомы длятся более 3 месяцев, часто годами или десятилетиями. Может быть результатом непролеченного острого ПТСР или следствием многократных травм средней интенсивности.

Примеры для участников СВО:

Боец, который провёл на передовой 6-12 месяцев с частыми обстрелами, потерял нескольких товарищей, не получал психологической помощи.

Жена, которая 2 года ждала мужа из зоны боевых действий в постоянной тревоге, а после его возвращения столкнулась с его ПТСР и насилием.

Клиническая картина

Интрузии и избегание сохраняются, но могут быть «смазанными» – не такие яркие, как при остром, но постоянные.

Типична хроническая дисфория (раздражительность, угрюмость).

Часто развивается коморбидная депрессия и тревожные расстройства.

Возможна алкоголизация как форма самолечения.

Социальная изоляция, потеря работы, разводы.

Нейробиология хронического ПТСР

Уменьшение объёма гиппокампа на 8-12% (доказано МРТ-исследованиями).

Амигдала остаётся гиперактивной даже в ответ на нейтральные стимулы.

Префронтальная кора значительно ослаблена – человек не может регулировать эмоции.

Снижена связь между ПФК и амигдалой.

Изменения становятся относительно стабильными, но нейропластичность сохраняется (терапия может восстановить объём гиппокампа).

Эндокринология хронического ПТСР

Низкий утренний кортизол – ключевой маркер. Человек просыпается уставшим, не может встать.

Высокий норадреналин – особенно ночью (кошмары, ночные пробуждения).

Снижен тестостерон (у мужчин) – депрессия, потеря либидо.

Снижен окситоцин – неспособность доверять, формировать близкие отношения.

Психосоматика хронического ПТСР

Высокий риск сердечно-сосудистых заболеваний (гипертония, ИБС, инфаркты в 2-3 раза чаще).

Синдром раздражённого кишечника, язвенная болезнь.

Фибромиалгия, хронические боли в спине, суставах.

Аутоиммунные заболевания (псориаз, ревматоидный артрит, тиреоидит).

Ожирение и метаболический синдром (из-за дисрегуляции кортизола и образа жизни).

Психоаналитический профиль

Глубокое вытеснение травмы, но она постоянно прорывается в виде соматических симптомов и повторяющихся конфликтов.

Расщепление Эго: «часть меня знает, что это прошло, но другая часть живёт в аду».

Идентификация с агрессором – ветеран может сам стать жестоким.

Депрессия как гнев, обращённый на себя.

Терапевтический прогноз

Умеренно благоприятный. Требуется длительная терапия (от 6 месяцев до нескольких лет). EMDR и КПТ эффективны, но нужно больше сессий (12-20+). Часто требуется дополнительная фармакотерапия (СИОЗС, празозин на кошмары). Важна работа с соматикой и социальная реабилитация.

Пример из практики:

Ветеран Афганистана, 55 лет, 30 лет живёт с ПТСР. Пьёт, разведён, на пенсии, ни с кем не общается. При обращении – апатия, низкий кортизол, гипертония, боли в спине. После 1 года терапии (EMDR + психообразование + работа с зависимостью) симптомы снизились, но полностью не ушли. Это хронический ПТСР.

(26:00 – 37:00) **Часть 3. Отсроченный ПТСР**

Определение и критерии

Отсроченный ПТСР (Delayed-onset PTSD) – симптомы впервые возникают через 6 месяцев и более после травмы (иногда через годы). До этого человек мог быть внешне благополучным, хотя часто присутствовали субклинические признаки (избегание, эмоциональное онемение, которые не мешали жизни).

Примеры для участников СВО и их семей:

Боец вернулся, год работал, был «нормальным», но после просмотра новостей о гибели сослуживца у него внезапно начались флешбеки и кошмары.

Жена участника СВО после похоронки мужа (событие) внешне держалась, но через 8 месяцев, когда пришлось разбирать его вещи, «сломалась» – панические атаки, избегание.

Механизм отсрочки

Почему симптомы не проявляются сразу? Психика использует мощные защиты:

Изоляция аффекта – человек знает о травме, но не чувствует.

Интеллектуализация – объясняет травму рационально, без эмоций.

Компенсаторное поведение – уходит в работу, спорт, заботу о других.

Соматизация – боль в теле вместо эмоций.

Защиты работают до тех пор, пока не происходит дестабилизирующее событие: новый стресс, годовщина, потеря близкого, выход на пенсию (исчезает работа как защита), или просто возрастное снижение ресурсов.

Нейробиология отсроченного ПТСР

Травма была зафиксирована в амигдале и сенсорных зонах, но гиппокамп и ПФК годами подавляли её.

Со временем (или под влиянием триггера) торможение истощается, и травма «прорывается».

На МРТ: часто нормальный объём гиппокампа до начала симптомов, но после их начала может уменьшаться.

Эндокринология

До манифестации: возможно, умеренно повышен кортизол (поддержание защит).

В момент прорыва: резкий выброс норадреналина, падение кортизола.

После хронификации – как при хроническом ПТСР.

Психосоматика

В «латентный» период часто есть «беспричинные» соматические жалобы (головные боли, СРК, боли в спине), которые человек не связывает с травмой.

После манифестации – яркая соматика тревоги.

Психоаналитический профиль

Классический пример успешного вытеснения, которое затем прорывается.

Часто выявляется, что человек никогда не «оплакивал» потерю, не «проживал» событие.

Принудительное повторение может разыгрываться не в поведении, а в теле или в виде ночных кошмаров.

Терапевтический прогноз

Благоприятный, но с осторожностью. Клиент часто не связывает текущие симптомы с давней травмой. Первый этап – психообразование и установление связи. Затем – травма-фокусированная терапия, как при остром ПТСР. Отсроченное ПТСР часто хорошо отвечает на EMDR, потому что травма «свежа» в нейробиологическом смысле (не успела стать хронической).

Пример из практики:

Женщина, 45 лет, чей муж погиб в Чечне 20 лет назад. Всё это время она растила детей, работала, считала себя «сильной». На 20-ю годовщину гибели мужа (триггер) у неё начались панические атаки, флешбеки похорон, бессонница. После 8 сессий EMDR симптомы ушли. Это отсроченное ПТСР.

(37:00 – 52:00) **Часть 4. Комплексный ПТСР (кПТСР)**

Определение и критерии

Комплексный ПТСР (Complex PTSD, кПТСР) – введён в МКБ-11 как отдельный диагноз. Возникает после длительной, повторяющейся, межличностной травмы, из которой невозможно или трудно вырваться. Примеры: плен, длительное домашнее насилие, длительное пребывание на передовой с постоянной угрозой, пытки, жизнь в оккупации.

Критерии кПТСР (в дополнение к обычным симптомам ПТСР):

Нарушения аффективной регуляции – неспособность успокаиваться, резкие перепады настроения, дисфория.

Негативная Я-концепция – устойчивое чувство собственной никчёмности, вины, стыда («я сломан», «я не человек»).

Нарушения в отношениях – неспособность доверять, постоянное чувство угрозы со стороны других, изоляция или, наоборот, хаотичная привязанность.

Клиническая картина кПТСР

Все симптомы ПТСР, но часто «смазанные» (интрузии не такие яркие, но постоянные).

Выраженная диссоциация (деперсонализация, дереализация, амнезии).

Самоповреждающее поведение (порезы, удары).

Хронические суицидальные мысли.

Тотальное недоверие к миру и людям.

Часто ошибочно диагностируется как пограничное расстройство личности.

Нейробиология кПТСР

Более выраженное уменьшение гиппокампа (до 15-20%).

Изменения в орбитофронтальной коре (отвечает за оценку вознаграждения и социального поведения) – отсюда недоверие, цинизм.

Нарушения в системе зеркальных нейронов – трудность в эмпатии и распознавании чужих эмоций.

Дисфункция вентральной части передней поясной коры – неспособность регулировать аффект.

Хроническое снижение нейропластичности, но восстановление возможно при длительной терапии.

Эндокринология кПТСР

Ещё более низкий утренний кортизол, чем при хроническом ПТСР.

Высокий уровень воспалительных цитокинов (IL-6, TNF-α) – хроническое воспаление мозга и тела.

Нарушение окситоциновой системы – неспособность к привязанности.

Дисрегуляция вазопрессина – хроническое чувство угрозы и бдительности.

Психосоматика кПТСР

Все соматические последствия хронического ПТСР, но в более тяжёлой форме.

Высокий риск аутоиммунных заболеваний (волчанка, склеродермия).

Функциональные неврологические расстройства (псевдоприпадки, параличи без органики).

Хронические болевые синдромы, не поддающиеся лечению анальгетиками.

Резкое сокращение продолжительности жизни (на 10-20 лет).

Психоаналитический профиль

Глубокое расщепление личности – разные «части» не интегрированы.

Защиты: отчуждение, проективная идентификация, расщепление, идеализация-обесценивание.

Отношения строятся по модели «жертва-агрессор».

Стыд более выражен, чем вина («я плохой» вместо «я сделал плохо»).

Терапевтический прогноз

Относительно благоприятный, но требуется длительная (годы) терапия. Важные принципы:

Сначала стабилизация – безопасность, регуляция аффекта, борьба с самоповреждениями. Травма-фокусированная терапия (EMDR, экспозиция) может быть дестабилизирующей, если начать слишком рано.

Фазовая модель – сначала стабилизация, затем переработка травмы, затем интеграция и развитие отношений.

Часто требуется стационар или интенсивная амбулаторная программа.

EMDR модифицируется для кПТСР (более длительная подготовка, работа с «частями»).

Диалектическая поведенческая терапия (DBT) и схема-терапия эффективны.

Пример из практики:

Бывший военнопленный, провёл в плену 2 года с пытками. Вернулся с тотальной диссоциацией, не помнит большие периоды, не может прикасаться к людям, режет себя, говорит: «Я уже не человек». Год ушёл на стабилизацию и обучение навыкам регуляции. Затем 2 года травма-фокусированной терапии. Через 3 года стал способен работать и поддерживать близкие отношения, но остались рубцы. Это комплексный ПТСР.

(52:00 – 58:00) **Часть 5. Методика «Дифференциальная карта» и кейс**

Методика «Дифференциальная карта» (скрипт для супервизии или самопроверки психолога)

Используйте эту таблицу, чтобы быстро определить тип ПТСР у клиента:

Признак
Простой
Хронический
Отсроченный
Комплексный

Длительность симптомов
1-3 мес
>3 мес, годы
Начало через >6 мес после травмы
Годы

Травма
Однократная
Многократная или одна, но не пролеченная
Однократная, но с латентным периодом
Длительная, повторяющаяся, межличностная

Интрузии
Яркие, чёткие
Смазанные, хронические
Внезапные, после триггера
Постоянные, с диссоциацией

Избегание
Выраженное
Тотальное
До манифестации – отрицание
Расщепление, частичное

Самооценка
Сохранна
Снижена, вина
Внешне сохранна
«Я никчёмный», стыд

Отношения
Страдает, но не разрушена
Серьёзно нарушены
Кажутся нормальными до манифестации
Тотальное недоверие, изоляция

Диссоциация
Лёгкая, ситуативная
Умеренная
Редкая (до прорыва)
Выраженная, хроническая

Соматика
Временная
Хронические болезни
Латентная (до прорыва)
Тяжёлые, аутоиммунные

Кортизол
Повышен или норма
Низкий утром
Норма до прорыва, затем падает
Очень низкий

Прогноз
Отличный
Умеренный
Хороший
Требует длительной терапии

Кейс для разбора:
Кейс:

Анна, 38 лет, жена участника СВО. Её муж был в зоне боевых действий 14 месяцев. Дома она ждала его, работала, растила двоих детей. Муж вернулся 2 года назад. Он стал агрессивным, пьёт, не работает, бьёт её. Анна не уходит, потому что «он же больной». Сама Анна последние полгода: потеряла интерес к детям, не выходит из дома, плачет, появились боли в желудке и спине. Говорит: «Я ничтожество, не могу ни помочь мужу, ни детей защитить». При этом у неё нет ярких флешбеков, но она прокручивает в голове сцены скандалов. Спит плохо, кошмары не про войну, а про то, что её преследуют.

Вопросы слушателям (5 минут):
Какой тип ПТСР у Анны (или похожее расстройство)?
Какие критерии кПТСР мы видим?
Четыре уровня – нейро, эндо, психосоматика, психоанализ.
С чего начать терапию?
Разбор:

У Анны комплексный ПТСР (кПТСР) в результате длительного межличностного стресса (жизнь с агрессивным, больным ПТСР мужом). Хотя она не была в бою, но длительная травма привязанности + домашнее насилие = кПТСР.

Критерии кПТСР:
Нарушение аффективной регуляции: плаксивость, потеря интереса.
Негативная Я-концепция: «я ничтожество».
Нарушения в отношениях: не уходит от мужа, изоляция.
Четыре уровня:

Нейро: Хроническая гиперактивация амигдалы (постоянная угроза), снижение ПФК (не может принять решение уйти), уменьшение гиппокампа (не отличает прошлое от настоящего – «всегда будет так»).

Эндо: Низкий кортизол, высокий норадреналин, снижен окситоцин.

Психосоматика: Боли в желудке (ось мозг-кишка), боли в спине (хроническое напряжение).

Психоанализ: Идентификация с жертвой (повторение детского сценария, возможно), вытеснение гнева (обращён на себя – самообвинение).

План терапии (сначала безопасность!):

Оценить риск насилия – если муж бьёт, нужны меры защиты (кризисный центр, временное разделение).

Стабилизация: техники заземления, дыхание, ресурсные образы.

Психообразование: «Ваше состояние – это не слабость, это кПТСР от длительного стресса. Выживать в таких условиях – уже подвиг».

Дальше – длительная терапия (сначала безопасность и регуляция, потом травма-фокусированная работа).

Важно: не начинать EMDR или экспозицию травмы (скандалы, побои) без стабилизации – может усилить диссоциацию.

(58:00 – 60:00) **Резюме и задание**

Ключевые выводы лекции 1.10:

Простой ПТСР – до 3 месяцев, после однократной травмы, отличный прогноз.

Хронический ПТСР – более 3 месяцев, часто с соматическими и эндокринными нарушениями, требует длительной терапии.

Отсроченный ПТСР – начало через 6+ месяцев, часто после триггера, хорошо отвечает на EMDR.

Комплексный ПТСР (кПТСР) – после длительной межличностной травмы, с нарушениями самооценки, регуляции и отношений. Требует фазовой терапии (стабилизация → переработка → интеграция).

Для каждого типа – свой нейробиологический, эндокринологический, психосоматический и психоаналитический профиль.

Методика «Дифференциальная карта» помогает быстро ориентироваться.

Задание для самостоятельной работы:

Возьмите двух клиентов (реальных или типичных) – одного с хроническим ПТСР (ветеран), другого с кПТСР (жена с домашним насилием). Заполните для каждого таблицу:

Параметр
Хронический ПТСР
Комплексный ПТСР

Травматическая ситуация

Основные симптомы

Предполагаемый уровень кортизола

Соматические проявления

Психоаналитические защиты

Терапевтическая стратегия (этапы)

Напишите краткое обоснование, почему вы выбрали именно такие интервенции.

Лекция 1.11. Связь ПТСР с другими психическими нарушениями

(0:00 – 4:00) Введение. Почему ПТСР почти никогда не приходит одно

Коллеги, добрый день. Мы уже знаем, что ПТСР – это сложное, многомерное расстройство. Но есть ещё один важный факт: ПТСР крайне редко существует изолированно. Около 80% людей с ПТСР имеют как минимум одно дополнительное психическое расстройство, а более 50% – два и более.

Это явление называется коморбидностью (со-заболеваемостью). Коморбидность – не случайное совпадение. ПТСР и другие расстройства имеют общие нейробиологические, эндокринные и психологические механизмы. Более того, коморбидность утяжеляет течение ПТСР, снижает ответ на терапию и увеличивает риск суицида.

В контексте СВО мы часто сталкиваемся с ветеранами и членами семей, у которых ПТСР сочетается с:

Депрессией (самая частая коморбидность)

Тревожными и паническими расстройствами

Алкогольной и наркотической зависимостью

Расстройствами личности (особенно пограничным, избегающим, параноидным)

Соматоформными расстройствами (боли, дисфункции без органики)

Сегодня мы разберём каждую из этих коморбидных пар, поймём, почему они возникают, как их распознать и на что обратить внимание в терапии. В конце – методика «Треугольник коморбидности» и сложный кейс ветерана с ПТСР, депрессией и алкоголизмом.

(4:00 – 16:00) **Часть 1. ПТСР и депрессия. Самая частая коморбидность**

Эпидемиология

Частота коморбидной депрессии при ПТСР достигает 50-80% в зависимости от популяции. У ветеранов боевых действий – около 60-70%. У членов семей – 50-60%.

Почему ПТСР и депрессия так часто встречаются вместе?

1. Общие нейробиологические механизмы:

Снижение активности префронтальной коры (и при ПТСР, и при депрессии).

Уменьшение объёма гиппокампа (общий фактор).

Дисфункция серотониновой системы (отвечает и за настроение, и за тревогу).

Активация воспалительных процессов (повышенные цитокины).

2. Общие эндокринные нарушения:

Дисрегуляция ГГН-оси (гипоталамус-гипофиз-надпочечники).

При хроническом ПТСР – низкий утренний кортизол, что связано с апатической депрессией.

При остром ПТСР – высокий кортизол может сочетаться с тревожной депрессией.

3. Психологические механизмы:

Потеря смысла, надежды, будущего – после травмы мир становится опасным и несправедливым.

Социальная изоляция и потеря ролей (ветеран не может работать, муж не может быть защитником).

Чувство вины выжившего – «я остался жить, а они нет», превращается в самообвинение и депрессию.

Дифференциальная диагностика: как отличить «чистую» депрессию от ПТСР с депрессивной окраской

Признак

«Чистая» депрессия
ПТСР + депрессия

Травма в анамнезе
Не обязательна
Есть травматическое событие

Интрузии (флешбеки, кошмары)
Нет
Есть

Избегание триггеров
Нет
Есть

Гипербдительность
Нет
Есть

Чувство вины
Часто генерализованное («я плохой»)
Конкретное («я не спас»)

Реакция на антидепрессанты
Хорошая
Частичная (нужна психотерапия травмы)

Особенности клинической картины

При коморбидности ПТСР и депрессии:

Депрессия часто атипичная – с утренней апатией, вечерним улучшением, повышенным аппетитом (заедание стресса).

Высок риск суицида – сочетание интрузий («мир опасен») и депрессивных мыслей («я ничтожество») даёт максимальный риск.

Соматические симптомы более выражены (усталость, боли, нарушения сна).

Нейробиология коморбидности ПТСР и депрессии

Ещё более значительное уменьшение гиппокампа (до 15-18%).

Снижение нейрогенеза в зубчатой извилине гиппокампа.

Повышение уровня воспалительных цитокинов (IL-1, IL-6, TNF-α) – общий для обоих расстройств механизм.

Нарушение BDNF (мозгового нейротрофического фактора) – снижение нейропластичности.

Эндокринология

Низкий утренний кортизол + высокий норадреналин = депрессия и тревога одновременно.

Сниженный тестостерон (у мужчин) – усугубляет депрессию и ангедонию.

Нарушение дофаминовой системы – потеря интереса (ангедония) общая.

Психоаналитический взгляд

Депрессия при ПТСР – это гнев, обращённый на себя. Человек злится на себя за то, что не предотвратил травму, не спас товарища, не уберёг семью. Идентификация с агрессором

может сменяться идентификацией с жертвой. Меланхолическая вина – «я виноват в том, что существую».

Психосоматика

Сочетание ПТСР и депрессии даёт максимальный риск соматических заболеваний: инфаркты, инсульты, диабет 2 типа, аутоиммунные болезни. Причина – воспаление и дисрегуляция кортизола.

Терапевтические рекомендации

Сначала стабилизация депрессии – если депрессия тяжёлая (суицидальные мысли), нужно медикаментозное лечение (СИОЗЗС) до начала травма-фокусированной терапии.

Выбор антидепрессанта: сертралин, пароксетин, флуоксетин – имеют доказанную эффективность и при ПТСР, и при депрессии.

Психотерапия: EMDR и КПТ, сфокусированная на травме, эффективны даже при коморбидной депрессии, но могут потребоваться дополнительные сессии для работы с депрессивными схемами.

Важно: Если депрессия не лечится, ПТСР будет хуже поддаваться терапии.

(16:00 – 26:00) **Часть 2. ПТСР и тревожные / панические расстройства**

Эпидемиология

Около 30-50% людей с ПТСР имеют дополнительное тревожное расстройство: генерализованное тревожное расстройство (ГТР), паническое расстройство, агорафобию, социальную тревогу.

Механизмы перекрытия

Общая нейробиология:

Гиперактивность амигдалы – ключевое звено и при ПТСР, и при тревоге.

Снижение тормозного контроля со стороны ПФК.

Нарушение ГАМК-ергической системы (ГАМК – тормозной нейромедиатор).

Повышенный норадреналин.

Паническое расстройство при ПТСР:

Панические атаки могут быть прямым триггерным ответом (звук – взрыв – паника).

Или возникать «из ниоткуда» – это связано с гиперреактивностью амигдалы на любой неожиданный стимул.

Особенность: при ПТСР панические атаки чаще ночью (кошмары, пробуждения).

Генерализованное тревожное расстройство (ГТР) при ПТСР:

Постоянное, фоновое ожидание катастрофы.

Отличие от «чистого» ГТР: при ПТСР тревога часто сфокусирована на темах, связанных с травмой (опасность, насилие, потеря), а при ГТР – на любых бытовых мелочах.

Социальная тревога при ПТСР

Ветеран избегает людей, потому что боится триггеров (форма, громкие голоса) или стыдится своих симптомов.

Отличие от социального тревожного расстройства: страх не оценки, а непредсказуемости других и своей реакции.

Эндокринология

Высокий норадреналин – общий для тревоги и ПТСР.

Кортизол может быть повышен (при остром) или снижен (при хроническом).

Сниженный уровень ГАМК.

Психоаналитический взгляд

Тревога при ПТСР – это сигнал о приближении вытесненной травмы. Бессознательное «знает», что травма вот-вот прорвётся, и запускает тревогу как предупреждение. Паническая атака – это прорыв без содержания (аффект без представления).

Терапия

КПТ с экспозицией эффективна и для ПТСР, и для тревоги.

EMDR также снижает тревогу.

Медикаменты: СИОЗС, при панике – бензодиазепины кратковременно (осторожно – риск зависимости).

Важно: не назначать бензодиазепины длительно при ПТСР – они ухудшают переработку травмы и могут усиливать диссоциацию.

(26:00 – 37:00) **Часть 3. ПТСР и зависимость (алкоголь, наркотики)**

Эпидемиология

У ветеранов с ПТСР частота алкогольной зависимости достигает 30-60%, что в 3-5 раз выше, чем в общей популяции. Употребление наркотиков (каннабис, опиоиды, стимуляторы) – у 20-30%.

Почему зависимость так часто сочетается с ПТСР?

Самолечение – алкоголь и наркотики временно снижают гиперактивность амигдалы, подавляют интрузии, помогают заснуть. Однако хроническое употребление усугубляет ПТСР.

Общие нейробиологические пути – и ПТСР, и зависимость связаны с дисфункцией дофаминовой системы (центр вознаграждения), а также с норадреналиновой стресс-системой.

Психологическое избегание – вещество даёт возможность «не чувствовать» травму.

Социальные факторы – потеря работы, семьи, изоляция подталкивают к употреблению.

Нейробиология коморбидности

При ПТСР снижена активность дофамина в прилежащем ядре (nucleus accumbens) – человек не получает удовольствия от естественных наград. Алкоголь и наркотики искусственно повышают дофамин.

Хроническое употребление повреждает префронтальную кору – и так ослабленную при ПТСР.

Употребление во время кошмаров или флешбеков закрепляет патологическую связь.

Эндокринология

Алкоголь повышает ГАМК (торможение) и снижает глутамат (возбуждение) – временно успокаивает амигдалу.

Но затем происходит «рикошет» – повышение норадреналина и кортизола в период абстиненции, что усиливает ПТСР-симптомы.

Клинические особенности

Обострение ПТСР после прекращения употребления (алкогольный абстинентный синдром усиливает интрузии, гипербдительность).

Высокий риск суицида в период запоя или при выходе из него.

Часто сочетание с депрессией (триада: ПТСР + депрессия + алкоголизм).

Психоаналитический взгляд

Зависимость – это отказ от символизации. Вместо того чтобы переработать травму в слова и образы, человек «заливает» её химически. Алкоголь – это «регрессивный объект», возвращающий к состоянию младенческого насыщения.

Терапия: что первично?

Классический спор: сначала лечить ПТСР или зависимость? Современные рекомендации:

Сначала детоксикация и стабилизация зависимости (1-2 месяца трезвости), затем травма-терапия.

Если зависимость лёгкая, возможно параллельное лечение.

Важно: EMDR и экспозиция могут быть опасны при активном употреблении – клиент может не справиться с эмоциями и сорваться.

Интегрированные программы – одновременно работа с зависимостью и травмой (например, КПТ с фокусом на копинг-стратегии).

Пример из практики: Ветеран пьёт по 0,5 л водки в день, чтобы не видеть кошмары. После госпитализации на детоксикацию, через 2 недели трезвости, начинаются кошмары и флешбеки с новой силой. Здесь нужна одновременная работа: медикаменты на кошмары (празозин) + психотерапия ПТСР.

(37:00 – 48:00) **Часть 4. ПТСР и расстройства личности. Особенно пограничное и параноидное**

Эпидемиология

У 30-50% людей с хроническим или комплексным ПТСР обнаруживается расстройство личности (чаще пограничное, избегающее, параноидное, реже – шизоидное или ананкастное).

Почему так часто?

Ранняя травма (в детстве) формирует паттерны личности, которые затем предрасполагают к ПТСР во взрослом возрасте.

Комплексное ПТСР по своим проявлениям очень близко к пограничному расстройству личности (ПРЛ) – оба включают дисрегуляцию аффекта, импульсивность, нарушения идентичности, отношения по типу идеализации/обесценивания.

Защитные механизмы при длительной травме становятся ригидными и формируют личностную патологию.

ПТСР и пограничное расстройство личности (ПРЛ): дифференциация

Признак
ПТСР
ПТСР + ПРЛ
«Чистое» ПРЛ

Травма в анамнезе
Есть (часто во взрослом возрасте)
Есть (часто ранняя, длительная)
Часто есть, но не обязательна

Интрузии, флешбеки
Есть
Есть
Нет

Избегание
Есть
Есть
Нет

Расщепление (идеализация/обесценивание)
Нет
Есть
Есть

Самоповреждения
Редко
Часто
Часто

Хроническое чувство пустоты
Нет
Есть
Есть

Страх покинутости
Нет
Выражен
Выражен

Важно для практики: часто ошибочно ставят ПРЛ, когда на самом деле у клиента кПТСР. МКБ-11 разводит эти диагнозы: кПТСР не включает самоповреждения и хроническую пустоту как обязательные критерии.

Параноидное расстройство личности при ПТСР

Гипербдительность и недоверие, сформированные травмой, могут перерасти в параноидные черты: «все хотят мне навредить», «никому нельзя доверять».

Отличие от параноидного расстройства личности: при ПТСР паранойя чаще ситуативна (триггеры), а не глобальна.

Терапия

При коморбидности с ПРЛ: сначала стабилизация и обучение навыкам регуляции (диалектическая поведенческая терапия – ДПТ), затем травма-фокусированная работа.

EMDR у клиентов с ПРЛ требует модификации (более длительная подготовка, работа с «частями»).

Терапия длительная (годы).

(48:00 – 58:00) **Часть 5. Соматоформные расстройства и ПТСР**

Что такое соматоформные расстройства?

Это телесные симптомы (боли, слабость, нарушения функции органа), которые не имеют органической причины, но связаны с психологическим стрессом. При ПТСР соматизация встречается в 40-60% случаев.

Механизмы

Телесная память – травма зафиксировалась в теле (спазмы, потеря чувствительности).

Алекситимия – неспособность распознавать и вербализовать эмоции; эмоции «выливаются» в тело.

Вегетативная дисфункция – постоянный тонус симпатической системы вызывает реальные боли.

Типичные соматоформные проявления при ПТСР

Хроническая тазовая боль – у женщин-ветеранов или жён, переживших насилие.

Псевдоневрологические симптомы – псевдоприпадки, параличи, слепота/глухота без органики.

Синдром раздражённого кишечника (СРК) – один из самых частых.

Фибромиалгия – генерализованная боль в мышцах и связках.

Психогенная одышка – чувство нехватки воздуха без гипоксии.

Терапия

Психообразование: «Ваша боль реальна, но её причина – не повреждение тканей, а постоянное напряжение нервной системы. Лечить нужно не спину, а травму».

Соматические техники: сканирование тела, завершение застывших движений.

EMDR эффективен для соматоформных симптомов, связанных с травмой.

Физиотерапия и ЛФК как дополнение, но не как основное лечение.

(58:00 – 60:00) Часть 6. Методика «Треугольник коморбидности» и кейс

Методика «Треугольник коморбидности»

Это простой инструмент для супервизии и клинического разбора. Нарисуйте треугольник с вершинами: ПТСР – Депрессия – Зависимость. Каждая вершина связана с другими.

ПТСР → Депрессия (через выученную беспомощность, вину).

Депрессия → Зависимость (самолечение).

Зависимость → ПТСР (усиление интрузий при абстиненции).

Вопросы для клинического разбора:

Что первично? (обычно ПТСР, но не всегда).

Что сейчас наиболее опасно? (суицид, отравление, психоз).

С чего начинать лечение? (стабилизация самого острого).

Кейс для разбора:

Кейс:

Олег, 40 лет, участник СВО, вернулся 1,5 года назад. Жена привела его после того, как он разбил дома дверь. Олег пьёт каждый день – от 200 до 500 мл водки. Говорит: «Если не пью – не сплю, мне снятся кошмары, и я хочу убить жену». Настроение постоянно подавленное, говорит, что он «конченный человек», винит себя в гибели сослуживца. Периодически появляются флешбеки обстрела. Работу потерял, друзья отвернулись. Суицидальные мысли есть, но без плана.

Вопросы слушателям:

Какие коморбидные расстройства у Олега?

Постройте «треугольник коморбидности» для него.

С чего начать терапию? Какой порядок интервенций?

Четыре уровня (нейро, эндо, психосоматика, психоанализ).

Разбор:

Коморбидность: ПТСР (флешбеки, кошмары, гипербдительность) + депрессия (вина, апатия, суицидальные мысли) + алкогольная зависимость (самолечение).

Треугольник: ПТСР (первичная травма) → Депрессия (чувство вины) → Зависимость (попытка подавить симптомы). Зависимость усиливает ПТСР (абстиненция → кошмары). Депрессия усиливает зависимость («всё равно всё плохо»).

Порядок:

Первым делом – оценка суицидального риска (если высок – госпитализация).

Детоксикация – прекращение употребления под контролем врача (риск абстинентного синдрома).

Назначение празозина для кошмаров и сертралина для ПТСР и депрессии.

После 2-4 недель трезвости – психотерапия ПТСР (EMDR или КПТ с экспозицией).

Параллельно – работа с зависимостью (мотивация, профилактика срыва).

Важно: не начинать EMDR в активной фазе употребления – клиент сорвётся.

Четыре уровня:

Нейро: Гиперактивная амигдала, повреждение гиппокампа и ПФК. Алкоголь дополнительно повреждает ПФК.

Эндо: Низкий кортизол (хронический ПТСР), высокий норадреналин в абстиненции, снижен дофамин (депрессия).

Психосоматика: Нарушения сна, тремор, потливость, тахикардия.

Психоанализ: Алкоголь как «регрессивный объект» – попытка вернуться в состояние до травмы. Вина выжившего. Гнев, обращённый на себя (депрессия) и на других (агрессия).

(60:00) Резюме и задание

Ключевые выводы лекции 1.11:

ПТСР редко бывает изолированным – коморбидность с депрессией (50-80%), тревогой (30-50%), зависимостью (30-60%), расстройствами личности и соматоформными расстройствами.

Коморбидность имеет общие нейробиологические, эндокринные и психологические механизмы.

Терапия должна начинаться с наиболее опасного состояния (суицид, тяжёлая зависимость), а затем последовательно работать с ПТСР.

Методика «Треугольник коморбидности» помогает определить приоритеты.

Задание для самостоятельной работы:

Опишите клиента (воображаемого или из практики) с ПТСР и как минимум двумя коморбидными расстройствами. Заполните таблицу:

Коморбидное расстройство
Как оно проявляется у клиента
Общие механизмы с ПТСР
Приоритет в терапии (с чего начать?)

(1)

(2)

Напишите краткий план первых 5 сессий с обоснованием.

Лекция 1.12. Диагностические критерии ПТСР по DSM-V, МКБ-10, МКБ-11

(0:00 – 4:00) Введение. Зачем психологу знать диагностические критерии

Коллеги, добрый день. Мы уже много знаем о ПТСР: его нейробиологию, симптомы, фазы, типы, коморбидность. Но для практической работы важно уметь формально диагностировать ПТСР – не для того, чтобы «ставить штамп», а для того, чтобы:

Отличать ПТСР от других расстройств (например, от депрессии с тревогой или от последствий ЧМТ).

Обоснованно выбирать терапию (EMDR и травма-фокусированная КПТ показаны именно при ПТСР).

Говорить на одном языке с психиатрами, страховыми компаниями, комиссиями.

Понимать эволюцию взглядов на ПТСР – как менялись критерии от МКБ-10 к МКБ-11.

Сегодня мы разберём три классификации:

DSM-V (Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам, 5-е издание, США).

МКБ-10 (Международная классификация болезней 10-го пересмотра, до сих пор используется в России формально).

МКБ-11 (11-й пересмотр, действует с 2022 года, постепенно внедряется).

Также познакомимся с практическими диагностическими шкалами – CAPS-5 (золотой стандарт) и PCL-5 (скрининг). В конце – кейс на дифференциальную диагностику и методика «Быстрый скрининг по PCL-5».

(4:00 – 18:00) **Часть 1. DSM-V: подробный разбор критериев**

DSM-V – это классификация, наиболее часто используемая в международных исследованиях и клинических руководствах (например, в рекомендациях VA/DoD для ветеранов). Она содержит 8 критериев (A-H).

Критерий A – Травматическое событие

Человек был подвержен смерти, угрозе смерти, серьёзному ранению или сексуальному насилию одним из следующих способов:

Непосредственное переживание события.

Личное присутствие при событии, происходящем с другими.

Знание о том, что событие произошло с близким родственником или другом (если это была насильственная или случайная смерть).

Повторяющееся или крайнее столкновение с отвратительными деталями события (например, сотрудники МЧС, полицейские – не через СМИ).

Важно для СВО: подходят все пункты – боец переживает сам (1), видит гибель сослуживца (2), жена получает похоронку (3), психолог, работающий с телами погибших (4).

Критерий B – Интрузии (1 из 5)

Наличие одного или более из следующих симптомов:

Повторяющиеся, непроизвольные и мучительные воспоминания о событии.

Повторяющиеся мучительные сны, связанные с событием.

Диссоциативные реакции (флешбеки), при которых человек чувствует, что событие происходит снова.

Сильный или продолжительный психологический дистресс при воздействии внутренних или внешних триггеров.

Выраженные физиологические реакции на триггеры (пот, сердцебиение).

Критерий C – Избегание (1 из 2)

Устойчивое избегание стимулов, связанных с травмой, начинающееся после травмы:

Избегание или попытки избегать мучительных воспоминаний, мыслей или чувств о событии.

Избегание или попытки избегать внешних напоминаний (людей, мест, разговоров, ситуаций).

Критерий D – Негативные изменения в мышлении и настроении (2 из 7)

Начавшиеся или усилившиеся после травмы:

Неспособность вспомнить важный аспект события (диссоциативная амнезия).

Устойчивые негативные убеждения о себе, других, мире («я плохой», «никому нельзя доверять»).

Устойчивые искажённые представления о причинах или последствиях события (самообвинение).

Устойчивое негативное эмоциональное состояние (страх, ужас, гнев, вина, стыд).

Выраженное снижение интереса к значимым видам деятельности (ангедония).

Чувство отчуждения от других.

Неспособность испытывать положительные эмоции.

Критерий E – Изменения в реактивности и возбуждении (2 из 6)

Начавшиеся или усилившиеся после травмы:

Раздражительность или вспышки гнева (в том числе без явной провокации).

Безрассудное или саморазрушительное поведение.

Гипербдительность.

Преувеличенная реакция испуга.

Нарушения концентрации.

Нарушения сна (трудности засыпания, поверхностный сон, кошмары).

Критерий F – Длительность

Симптомы (B, C, D, E) длятся более 1 месяца.

Критерий G – Значимость

Симптомы вызывают клинически значимый дистресс или нарушения в социальной, профессиональной или других важных сферах.

Критерий H – Исключение

Расстройство не связано с физиологическими эффектами вещества (алкоголь, наркотик, лекарство) или другим заболеванием.

Подтипы в DSM-V

С диссоциативными симптомами (деперсонализация или дереализация).

С отсроченным началом (полные критерии возникают через 6+ месяцев после травмы).

Важно для практики: DSM-V требует соблюдения всех критериев A, F, G, H и определённого количества симптомов из B, C, D, E. Нельзя ставить ПТСР только на основании флешбеков – нужны также избегание и изменения настроения/реактивности.

(18:00 – 28:00) **Часть 2. МКБ-10: старая классификация, но всё ещё используемая**

МКБ-10 (1992) содержит рубрику F43.1 – Посттравматическое стрессовое расстройство. Критерии менее детальны, чем в DSM-V, и основаны на более раннем понимании.

Краткие критерии МКБ-10 (адаптированные)

A. Воздействие стрессового события исключительно угрожающего или катастрофического характера, которое вызвало бы дистресс почти у любого человека.

B. Устойчивые воспоминания или «оживление» стрессора в навязчивых повторных переживаниях (флешбеки, яркие воспоминания, повторяющиеся сны).

C. Фактическое или предпочитаемое избегание обстоятельств, напоминающих о стрессе.

D. Один из двух:

Неспособность вспомнить важные аспекты периода воздействия стрессора (диссоциативная амнезия).

Устойчивые симптомы повышенной психической чувствительности и возбуждения (не наблюдавшиеся до стрессора).

E. Критерии B-D возникают в течение 6 месяцев после события (допустимо более длительное начало, но это считается атипичным).

Недостатки МКБ-10 (почему перешли к МКБ-11)

Нет чёткого разделения на кластеры симптомов (интрузии, избегание, гипервозбуждение, негативные изменения).

Нет явного требования к длительности (указано просто «в течение 6 месяцев после события», но не «более 1 месяца»).

Не включены негативные изменения в мышлении и настроении как отдельный кластер.

Слишком жёсткое требование начала в течение 6 месяцев – отсроченные ПТСР выпадают.

Не различает простой и комплексный ПТСР.

На практике в России по МКБ-10 часто ставят «F43.1» даже при длительных симптомах. Психологам важно знать, что современные руководства (МКБ-11) дают более точную картину.

(28:00 – 40:00) **Часть 3. МКБ-11: революция в диагностике ПТСР**

МКБ-11 (2022) – это современная классификация, основанная на последних исследованиях. Главное нововведение: разделение ПТСР и комплексного ПТСР как двух отдельных диагнозов.

Диагностические критерии ПТСР по МКБ-11 (упрощённо)

Обязательное условие: Воздействие чрезвычайно угрожающего или ужасающего события.

Три основных кластера симптомов (должны присутствовать все три):

Повторное переживание травмы в настоящем времени – не просто воспоминания, а ощущение, что событие происходит снова и сейчас (флешбеки с сенсорными компонентами, кошмары, диссоциативные эпизоды). Отличие от DSM-V: акцент на «переживание в настоящем».

Избегание мыслей, воспоминаний или внешних напоминаний о травме.

Устойчивое ощущение текущей угрозы – проявляется как гипербдительность, преувеличенная реакция испуга, трудности со сном из-за ощущения угрозы, раздражительность.

Временной критерий: Симптомы длятся не менее нескольких недель, но чаще больше месяца.

Функциональный критерий: Значительные нарушения в важных сферах жизни.

Отличие МКБ-11 от DSM-V

Аспект
DSM-V
МКБ-11

Количество кластеров
4 (интрузии, избегание, негативные изменения, гипервозбуждение)
3 (повторное переживание в настоящем, избегание, ощущение текущей угрозы)

Негативные изменения настроения
Отдельный кластер (2 из 7)

Не требуются отдельно (могут быть, но не диагностические)

Требования к избеганию
1 из 2
Обязательно

Требования к гипервозбуждению
2 из 6
Включено в «ощущение текущей угрозы»

Временной критерий
Более 1 месяца
«Несколько недель» (гибче)

Комплексный ПТСР (кПТСР) в МКБ-11

Дополнительные критерии (в дополнение ко всем трём кластерам ПТСР):

Нарушения аффективной регуляции – трудности с контролем эмоций, резкие перепады, дисфория.

Негативная Я-концепция – устойчивые убеждения о себе как о никчёмном, побеждённом, ничтожном.

Нарушения в отношениях – трудности с поддержанием близости, ощущение угрозы от других, изоляция или хаотичные привязанности.

Все эти три дополнительные нарушения должны быть стойкими (не возникают только во время интрузий) и предшествуют травме или значительно усилились после неё.

Важно для практики: МКБ-11 чётко отделяет «простое» ПТСР (3 кластера, обычно после однократной травмы, хороший прогноз) от комплексного ПТСР (6 кластеров, длительная межличностная травма, требует фазовой терапии).

(40:00 – 50:00) **Часть 4. Практические диагностические инструменты**

Даже зная критерии, ставить диагноз только на основе клинического интервью рискованно. Существуют валидизированные шкалы.

CAPS-5 (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5)

Золотой стандарт диагностики ПТСР. Структурированное интервью, которое длится 45-60 минут. Оценивает:

Частоту и интенсивность каждого симптома по 5-балльной шкале.

Длительность, дистресс, функциональные нарушения.

Диссоциативные подтипы.

Почему CAPS-5 важен: позволяет отличить ПТСР от симуляции, от последствий ЧМТ, от тревожных расстройств. Однако требует обучения и времени.

PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5)

Скрининговая шкала (может заполнять сам клиент). 20 пунктов, соответствующих 20 симптомам DSM-V. Каждый пункт оценивается от 0 (совсем нет) до 4 (очень сильно). Сумма баллов – от 0 до 80.

Пороговые значения:

31-33 балла – вероятное ПТСР (зависит от популяции).

Выше 50 – высокая тяжесть.

Преимущества PCL-5: быстро (5-10 минут), можно использовать для отслеживания динамики (каждые 2-4 недели).

Скрипт для клиента: «Сейчас я попрошу вас оценить, насколько вас беспокоили следующие проблемы за последний месяц, по шкале от 0 до 4…»

MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview)

Краткое структурированное интервью для основных психических расстройств, включая ПТСР. Используется в психиатрии и клинических исследованиях.

Шкала оценки влияния травматического события (IES-R)

Старая, но до сих пор популярная шкала для оценки интрузий и избегания. 22 пункта, 3 субшкалы: интрузия, избегание, гипервозбуждение.

(50:00 – 58:00) **Часть 5. Методика «Быстрый скрининг по PCL-5» и кейс**

Методика «Быстрый скрининг по PCL-5» (скрипт для психолога в соцслужбе)

Когда нет времени на полное CAPS-5, но нужно быстро оценить вероятность ПТСР у клиента (например, при первичном приёме). Используйте сокращённую версию PCL-5 (4 вопроса) из исследований:

«Пожалуйста, оцените, насколько вас беспокоили следующие проблемы за последний месяц:

Повторяющиеся, неприятные воспоминания, сны или флешбеки о событии? (0-4)

Избегание мыслей, чувств или ситуаций, связанных с событием? (0-4)

Чувство, что вы постоянно "на взводе", настороже, легко пугаетесь? (0-4)

Чувство отчуждения от других, потеря интереса к тому, что раньше радовало? (0-4)

Если сумма по этим 4 вопросам 10 или выше – высокая вероятность ПТСР, нужно направление к психиатру или углублённая диагностика».

Назначение: быстрый скрининг в условиях ограниченного времени.

Кейс для разбора

Кейс:

Виталий, 29 лет, участник СВО, вернулся 7 месяцев назад. Жалуется на:

Кошмары (2-3 раза в неделю снится обстрел).

Избегает ездить в общественном транспорте (напоминает БТР).

Постоянно «сканирует» окружение, вздрагивает от хлопков.

Говорит: «Я стал злым, срываюсь на детях, но не могу остановиться».

Не может вспомнить детали того боя, говорит: «В голове туман».

Спать может только после трёх рюмок водки.

Работу потерял, жена говорит, что он «стал другим».

Вопросы слушателям (5 минут):

Поставьте гипотетический диагноз по DSM-V – какие критерии выполнены?

Поставьте гипотетический диагноз по МКБ-11 – это простое или комплексное ПТСР?

Какие шкалы вы бы использовали для уточнения?

Что из симптомов не входит в критерии ПТСР, но указывает на коморбидность?

Разбор:

DSM-V:

Критерий A – да (участие в боевых действиях).

Критерий B – кошмары (п.2), возможно, флешбеки (п.3) – 1+.

Критерий C – избегает транспорта (п.2) – 1 из 2.

Критерий D – неспособность вспомнить детали (п.1) – 1 из 7 (но нужно 2, проверить есть ли негативные убеждения или отчуждение – «стал другим» может быть отчуждением, п.6) – предположительно 2.

Критерий E – раздражительность (п.1), гипербдительность (п.3), нарушения сна (п.6) – 3 из 6 (достаточно 2).

Критерий F – более 1 месяца (7 месяцев).

Критерий G – потеря работы, конфликты в семье.

Критерий Н – алкоголь не объясняет все симптомы.

Диагноз: ПТСР, хронический, с диссоциативными симптомами (амнезия).

МКБ-11:

Повторное переживание в настоящем – кошмары, возможно, флешбеки – да.

Избегание – да.

Ощущение текущей угрозы – гипербдительность, вздрагивания, раздражительность – да.

Нет явных нарушений самооценки («я плохой» не сказано) и нарушений отношений (кроме срывов, но это может быть и гипервозбуждение). Вероятно, простое ПТСР, не комплексное.

Шкалы: PCL-5 (20 пунктов) для уточнения тяжести, CAPS-5 для официального диагноза, AUDIT для оценки алкогольной проблемы.

Что не входит в критерии ПТСР, но указывает на коморбидность:

Запой («три рюмки водки, чтобы заснуть») – может быть началом зависимости.

Потеря работы, семейные конфликты – социальные последствия, но не диагноз.

Алкоголь как самолечение – общий механизм.

(58:00 – 60:00) **Резюме и задание**

Ключевые выводы лекции 1.12:

DSM-V – 8 критериев, 4 кластера симптомов (интрузии, избегание, негативные изменения, гипервозбуждение), требуется длительность >1 месяца.

МКБ-10 – устаревшая, не включает негативные изменения как отдельный кластер, требует начала в течение 6 месяцев.

МКБ-11 – 3 обязательных кластера (повторное переживание в настоящем, избегание, ощущение текущей угрозы) и дополнительные критерии для комплексного ПТСР (нарушения регуляции, негативная Я-концепция, нарушения в отношениях).

Практические инструменты: CAPS-5 (золотой стандарт, интервью), PCL-5 (скрининг, 20 пунктов), MINI.

Методика «Быстрый скрининг по PCL-5» (4 вопроса) помогает в первичном приёме.

Задание для самостоятельной работы:

Возьмите любого клиента (реального или учебного) с подозрением на ПТСР. Заполните PCL-5 (20 пунктов). Сравните полученную сумму с порогом. Затем напишите краткое обоснование: какие критерии DSM-V выполнены, какие – нет. Если порог превышен – что будете делать дальше? (направление к психиатру, начало психотерапии, дополнительная диагностика).

Лекция 1.13. Методические рекомендации Минздрава РФ по работе с ПТСР (обзор)

(0:00 – 5:00) Введение. Исторический контекст и актуальность

Коллеги, добрый день. Сегодня мы переходим к очень важному, практическому вопросу: какие официальные, государственные документы регламентируют нашу работу с участниками СВО и членами их семей, страдающими ПТСР? Знание этих документов — не бюрократическая формальность. Это основа для:

Обоснования своих действий перед руководством, страховыми компаниями и контролирующими органами.

Правильной маршрутизации пациента: понимая алгоритм, мы знаем, когда лечим сами, когда направляем к психиатру, а когда — на госпитализацию.

Доступности помощи: в рамках этих рекомендаций пациент имеет право на определённые виды терапии и лекарственного обеспечения.

Профессиональной идентичности: мы действуем не на основе «сарафанного радио» или интуиции, а в рамках доказательной медицины и государственной политики.

До недавнего времени в России не существовало отдельного, чётко регламентированного документа по лечению ПТСР. Врачи и психологи руководствовались общими протоколами, что приводило к разнообразию, а иногда и к противоречивости подходов.

Ситуация кардинально изменилась в 2023 году, когда Минздрав РФ впервые утвердил клиническую рекомендацию «Посттравматическое стрессовое расстройство» (ID: 753). Это стало ответом на растущую потребность в помощи участникам специальной военной операции (СВО) и членам их семей.

Сегодня мы:

Разберём историю и структуру ключевого документа — «Клинических рекомендаций «Посттравматическое стрессовое расстройство» 2023 г., а также планы по его обновлению в 2026 году.

Изучим алгоритмы психотерапии и фармакотерапии, рекомендованные Минздравом, с особым вниманием к методам с наибольшей доказательной базой (ТФ-КПТ, EMDR) и их четырёхуровневому обоснованию.

Обсудим организационные аспекты: от скрининга (система «СтресСкан») до маршрутизации и этики общения с ветеранами.

В конце — методика «Дорожная карта по КР» и кейс на отработку алгоритма действий по новым рекомендациям.

(5:00 – 18:00) **Часть 1. Ключевой документ: «Клинические рекомендации «Посттравматическое стрессовое расстройство» (ID: 753)**

1.1. Что это за документ и почему он важен?

28 февраля 2023 года Министерство здравоохранения Российской Федерации утвердило клинические рекомендации «Посттравматическое стрессовое расстройство». Это первый в России документ такого рода, который содержит чёткие, регламентированные алгоритмы действий врача (и, соответственно, психолога в системе здравоохранения) по:

Диагностике (на основе критериев МКБ-10, но с оглядкой на МКБ-11).

Лечению (психотерапия и психофармакотерапия).

Профилактике и реабилитации пациентов с ПТСР.

Рекомендации основаны на принципах доказательной медицины и содержат ссылки на рандомизированные клинические исследования, а также уровни достоверности доказательств (УДД) и убедительности рекомендаций (УУР).

Важно: Эти рекомендации обязательны к применению на территории РФ с 1 января 2024 года. Это значит, что все медицинские организации и специалисты, работающие с ПТСР, должны строить свою работу в соответствии с этим документом.

1.2. Кто разработал и что в нём содержится?

Разработчиком выступило Российское общество психиатров. В документе подробно расписаны:

Список сокращений: ТФ-КПТ, ДПДГ (EMDR), СИОЗС и т.д..

Термины и определения: чётко даются определения травмы, стресса, тревоги, что важно для единого понятийного аппарата.

Диагностика: критерии ПТСР в соответствии с МКБ-10.

Лечение (психотерапия): подробный разбор методов с доказательной базой.

Лечение (фармакотерапия): препараты первого, второго выбора, схемы.

Реабилитация: основные направления.

1.3. Обновление 2026 года: учёт опыта СВО и новое в диагностике

Поскольку документ был принят в начале 2023 года, практика работы с участниками СВО быстро выявила его «узкие места». Уже в феврале 2026 года стало известно, что Российское общество психиатров подготовило и направило на утверждение в Минздрав обновлённую версию клинических рекомендаций.

Ключевые изменения и дополнения новой редакции (на момент лекции документ находится на рассмотрении):

А. Профилактика ПТСР на передовой:

Врачи (психиатры) впервые дали чёткие рекомендации по срокам ротации военнослужащих, чтобы снизить риск развития ПТСР:

Желательно менять бойцов на передовой каждые шесть месяцев.

Оптимальный срок — каждые три месяца.

При непрерывных активных боях — раз в две недели.

При больших потерях личного состава — раз в несколько дней.

Это важнейший предиктивный вывод, основанный на понимании нейробиологических и эндокринологических механизмов хронического стресса, которые мы разбирали в прошлых лекциях.

Б. Введение диагностики комплексного ПТСР (кПТСР):

В новой редакции документа предлагается выделять «комплексное ПТСР» — более тяжёлые последствия длительной травмы (плен, постоянные обстрелы), затрагивающие самооценку и отношения. Это важный шаг вперёд, так как в действующей в России МКБ-10 такого диагноза нет, и его симптомы часто ошибочно приписывают другим расстройствам.

В. Акцент на работе с коморбидностью:

Обновлённые рекомендации уделяют особое внимание коморбидным состояниям, особенно зависимости от психоактивных веществ (ПАВ). Алгоритм ведения таких пациентов становится более сложным и требует одновременной работы с зависимостью и травмой.

Г. Этические нормы общения:

Помимо чисто медицинских рекомендаций, Минздрав выпустил специальные инструкции по этике общения медработников с ветеранами СВО. В них детально прописаны алгоритмы установления доверительного контакта, а также список запретных фраз, которые могут спровоцировать агрессию.

1.4. Система поддержки принятия решений «СтресСкан»

Ещё одна важная новация — система поддержки принятия врачебных решений (СППВР) «СтресСкан». Это веб-приложение для выявления ранних признаков ПТСР на основе цифрового анализа. Его внедрение в медучреждения планируется после регистрации в качестве медицинского изделия. Это инструмент, который поможет врачам общей практики и психологам на первичном приёме не пропустить ПТСР.

(18:00 – 34:00) **Часть 2. Психотерапия в рекомендациях Минздрава: от нейробиологии к клинике**

Согласно рекомендациям, психотерапия является краеугольным камнем лечения ПТСР. В отличие от фармакотерапии, психотерапия имеет более длительный эффект и направлена на устранение причины расстройства, а не только на подавление симптомов.

2.1. Методы с наибольшей доказательной базой (Уровень А)

В документе чётко указано: «Пациентам с ПТСР... рекомендовано применение когнитивно-поведенческой психотерапии, сфокусированной на травме (ТФ-КПТ), в т.ч. с использованием техник пролонгированной экспозиции... а также десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ/EMDR)».

Оба этих метода имеют примерно одинаковую, очень высокую доказательную эффективность, в десятках рандомизированных контролируемых исследований (РКИ).

Нейробиология: ТФ-КПТ и EMDR способствуют ремоделированию нейронных связей. EMDR ускоряет переработку травматической информации, «разблокируя» застрявшую память и переводя её из эмоциональной (амигдала) в повествовательную (гиппокамп, префронтальная кора). ТФ-КПТ, через экспозицию и когнитивную реструктуризацию, помогает создать новый, более адаптивный контекст травматического опыта.

Эндокринология: Успешная ТФ-КПТ и EMDR связаны с нормализацией уровня кортизола и снижением норадреналиновой реактивности на триггеры.

Психосоматика: Снижение гиперреактивности нервной системы на триггеры, за счёт переработки памяти, уменьшает психосоматические проявления — хронические боли, спазмы, тахикардию.

Психоанализ: Оба метода помогают «связать» ранее отщеплённый (диссоциированный) аффект с его содержанием и контекстом, превращая травму из «вещи в себе» в интегрированный, пусть и болезненный, жизненный опыт.

2.2. Другие виды психотерапии

Рекомендации также упоминают, что и другие методы (например, психодинамическая терапия, интерперсональная терапия, диалектическая поведенческая терапия (ДБТ)) могут быть эффективны, особенно при комплексном ПТСР или при непереносимости методов первого ряда. Однако их доказательная база пока что скромнее.

Выбор конкретного метода индивидуален и зависит от клинической картины, мотивации пациента и доступности. В новых рекомендациях 2026 года, по-видимому, будет расширен перечень современных методов психотерапии и реабилитации.

2.3. Противопоказания к началу психотерапии

Это важная, часто упускаемая из виду часть. Рекомендации чётко выделяют состояния, при которых психотерапию (особенно травма-фокусированную) начинать нельзя:

Пациенты с низкой мотивацией или с очевидной вторичной выгодой от болезни.

Пациенты, которые не могут регулярно посещать сеансы.

Пациенты с низкой интерперсональной сенситивностью.

Особо важно: пациенты, которые «отыгрывают» свои эмоции вовне в качестве защитной реакции (например, агрессивное или аутодеструктивное поведение) вместо того, чтобы наблюдать за своим психологическим состоянием.

В таких случаях первой линией помощи должна стать стабилизация состояния (в т.ч., возможно, медикаментозная) и мотивационное консультирование, а не травма-фокусированная терапия.

(34:00 – 44:00) **Часть 3. Фармакотерапия в рекомендациях Минздрава: комбинированный подход**

Рекомендации подтверждают, что фармакотерапия ПТСР не является обязательным первичным лечением. Её назначают, когда психотерапия невозможна или недостаточно эффективна.

3.1. Препараты первого ряда

Основой фармакотерапии ПТСР являются антидепрессанты, а именно:

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС): Сертралин, пароксетин, флуоксетин.

Ингибитор обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСН): Венлафаксин.

Они одинаково эффективны в отношении всех трёх кластеров симптомов ПТСР (интрузии, избегание, гиперактивность).

Нейробиология и эндокринология: СИОЗС работают, повышая уровень серотонина в синаптической щели, что, в свою очередь, способствует снижению гиперактивности амигдалы и модуляции стрессового ответа ГГН-оси.

Психоаналитический комментарий: Медикаменты не «лечат» травму. Они снижают «шум» (тревогу, дисфорию), создавая «окно возможностей» для психотерапии, когда пациент способен рефлексировать и переносить эмоциональное напряжение, не прибегая к деструктивным защитам.

3.2. Алгоритм назначения

Препараты первого ряда не начинают действовать мгновенно. Эффективность оценивается через 4-6 недель. В начале курса возможен период обострения тревоги и суицидальных мыслей, что требует контроля.

При недостаточном эффекте возможно: повышение дозы, смена антидепрессанта внутри первой линии или присоединение второго препарата (например, атипичного антипсихотика, рисперидона) при резистентности.

Если же и это не помогает, переходят к препаратам второй линии (например, миртазапин).

3.3. Особые указания и новые подходы 2026 года

Новая редакция 2026 года подчёркивает, что в первые недели лечения антидепрессанты малоэффективны. Это требует от специалистов акцента на других методах стабилизации (психотерапия, режим, поддержка).

При тяжёлых кошмарах часто назначают празозин (альфа-адреноблокатор), который снижает норадреналиновую активность во сне. Это находит отражение в современных протоколах.

Комбинированная терапия (психотерапия + фармакотерапия) часто является «золотым стандартом» и рекомендуется при наличии организационных возможностей. Она особенно показана при тяжёлой депрессии, высоком суицидальном риске или неэффективности монотерапии.

(44:00 – 54:00) **Часть 4. Четырехуровневый анализ ключевых положений и методика «Дорожная карта по КР»**

4.1. Сводный четырёхуровневый анализ рекомендаций

Положение рекомендации

Нейробиология

Эндокринология

Психосоматика

Психоанализ

ТФ-КПТ, EMDR (Уровень А)

Пластичность мозга. Формирование новых нейронных связей, ослабление гиперактивации амигдалы и усиление контроля ПФК.

Нормализация ГГН-оси и снижение норадреналиновой реактивности.

Исчезновение триггерных спазмов и болей за счёт снижения центральной сенситизации.

«Связывание» аффекта с представлением, интеграция расщеплённых частей личности.

СИОЗС/СИОЗСН (1-я линия)

Повышение уровня серотонина, модуляция амигдалы и ГАМК-ергических систем.

Снижение реактивности ГГН-оси, уменьшение выброса кортизола.

Уменьшение тревожно-депрессивной соматизации (боли, ЖКТ-симптомы).

«Искусственное Эго»: лекарство берёт на часть функций психической защиты, снижая тревогу.

Осторожность на ранних этапах лечения антидепрессантами

Период начального повышения тревоги и ажитации, риск импульсивных действий.

Лаг-период в 4-6 недель до нормализации рецепторов.

Усиление вегетативных симптомов (тахикардия, сухость).

Мобилизация защит против изменения, ожидание «волшебной таблетки».

Стабилизация перед психотерапией

Снижение гиперактивации амигдалы до уровня, позволяющего включиться ПФК.

Снижение уровня норадреналина и стабилизация кортизола.

Прекращение или снижение деструктивного телесного отреагирования.

Формирование союза с «наблюдающим Эго», уменьшение необходимости в «отыгрывании».

4.2. Методика «Дорожная карта по КР»

Это практическое упражнение для закрепления материала. Представьте себе пациента с ПТСР и пройдите по «дорожной карте», опираясь на рекомендации.

Скрипт для психолога (для самоанализа или супервизии):

«Коллеги, давайте возьмём за основу клинический случай (например, кейс с Игорем из лекции 1.8–1.9) и построим его “дорожную карту” согласно КР.

Скрининг/Диагноз: (Подтверждение диагноза ПТСР по PCL-5/CAPS-5). Есть ли у нас право начать лечение?

Оценка коморбидности и рисков: (Суицид? Алкоголь? Острое отыгрывание?). Это этап стабилизации. Можно ли сразу начинать ТФ-КПТ/EMDR или требуется сначала стабилизация (и, возможно, фармакотерапия)?

Выбор метода: (ТФ-КПТ или EMDR). Что доступно? К чему мотивирован пациент?

Оценка эффективности через 4-6 недель: (Снижение баллов по PCL-5). Если нет, добавить/сменить антидепрессант.

План Б: Если ТФ-КПТ/EMDR неэффективны или противопоказаны — какие методы второй линии мы рассмотрим?

Реабилитация: Работа с ПТСР не кончается уходом симптомов. Какие реабилитационные мероприятия (групповые программы, ЛФК, трудотерапия) нужны?»

Этот алгоритм помогает системно подойти к лечению, избежав как терапевтического нигилизма, так и необоснованного риска.

(54:00 – 60:00) **Часть 5. Резюме, практические выводы и задание**

Ключевые выводы лекции 1.13:

Основной документ: Первые в России «Клинические рекомендации «Посттравматическое стрессовое расстройство» (утв. 28.02.2023, ID: 753, обязательны с 01.01.2024) являются основой для работы врачей и психологов в системе здравоохранения.

Обновление 2026 года: Новая редакция, уже прошедшая общественное обсуждение, добавляет:

Рекомендации по профилактике ПТСР (ротация на передовой).

Выделение комплексного ПТСР (кПТСР) как отдельной диагностической категории.

Акцент на этике общения с ветеранами.

Психотерапия — приоритет: Методы с наибольшей доказательной базой — ТФ-КПТ и EMDR (Уровень А). Фармакотерапия (СИОЗС) играет вспомогательную и поддерживающую роль.

Системный подход: Лечение должно быть комбинированным и поэтапным: стабилизация → основная терапия → реабилитация. Ключевое — безопасность пациента и его мотивация.

Инструменты: Внедряются цифровые инструменты скрининга («СтресСкан»), а этические нормы общения обязательны для всех специалистов.

Задание для самостоятельной работы:

Ваша задача — создать «Дорожную карту» для гипотетического пациента с ПТСР и коморбидной алкогольной зависимостью. Используя информацию из лекции (и, при желании, текст клинических рекомендаций), опишите:

Этап 1: Оценка и стабилизация. Какие действия будут первыми? Возможно ли немедленно начать EMDR? Почему да или почему нет? Какие специалисты должны быть вовлечены (нарколог, психиатр)?

Этап 2: Выбор основного лечения. ТФ-КПТ или EMDR? Обоснуйте свой выбор.

Этап 3: Фармакотерапия. Нужна ли она на первом этапе? Если да, то какой класс препаратов будет выбран и почему?

Этап 4: Реабилитация и профилактика рецидива. Какие меры вы предложите после окончания активной фазы терапии, чтобы закрепить результат и предотвратить срыв?

Дополнительное задание (для расширения знаний): Ознакомьтесь с текстом «Клинических рекомендаций «Посттравматическое стрессовое расстройство» (ID: 753) или методическими рекомендациями «Посттравматическое стрессовое расстройство в парадигме доказательной медицины». Выделите для себя три момента, которые оказались для вас новыми или наиболее важными для практики.

Лекция 1.14–1.15. Понятие диссоциации. Перитравматическая и посттравматическая диссоциация

(0:00 – 5:00) Введение. Почему диссоциация – ключ к пониманию тяжёлого ПТСР

Коллеги, мы завершаем первый модуль важнейшей темой – диссоциацией. Это понятие часто путают с «отключением» или «рассеянностью», но в клиническом смысле диссоциация – это фундаментальный механизм выживания психики при столкновении с невыносимой реальностью.

Для участников СВО и членов их семей диссоциация – повседневный опыт. Боец может рассказать о взрыве как о кино, не чувствуя страха. Жена может сидеть с отсутствующим взглядом, не реагируя на детей. Ветеран может часами «зависать» перед телевизором, не помня, что смотрел. Всё это – разные грани диссоциации.

Почему это важно?

Диссоциация – самый сильный предиктор хронического и комплексного ПТСР.

Она часто остаётся незамеченной, и тогда терапия «застревает».

Диссоциация требует особых подходов: классические методы экспозиции могут быть опасны.

Сегодня мы разберём:

Что такое диссоциация: от нормы до патологии.

Перитравматическая диссоциация – то, что происходит в момент травмы (ключевой предиктор).

Посттравматическая диссоциация – хронические формы (деперсонализация, дереализация, амнезия).

Четыре уровня понимания диссоциации (нейро, эндо, психосоматика, психоанализ).

Методики диагностики (DES-II, шкалы) и практические техники стабилизации: «Заземление через стопы», «Контейнер», «Ледяная вода» (расширенный протокол).

Кейс «Застывшая жена» и разбор.

(5:00 – 18:00) **Часть 1. Понятие диссоциации: от нормы к расстройству**

1.1. Определение и феноменология

Диссоциация – это нарушение интеграции между различными психическими функциями: памятью, восприятием, идентичностью, контролем над телом, эмоциями. Простыми словами, это «разрыв» в нормальном потоке сознания, когда переживания, которые должны быть связаны, существуют отдельно.

Нормальная (адаптивная) диссоциация:

Погружение в книгу или фильм (не замечаешь, как летит время).

«Автопилот» при вождении знакомой дороги.

Спортсмен в «потоке» (пиковое переживание).

Это временное, контролируемое сужение сознания, которое не мешает жизни и не вызывает страданий.

Патологическая диссоциация (при ПТСР, диссоциативных расстройствах):

Непроизвольна, возникает помимо воли.

Приводит к дезадаптации (потеря времени, неспособность работать).

Сопровождается дистрессом.

Проявляется в виде:

Дереализации: мир кажется ненастоящим, туманным, «как во сне», «как за стеклом».

Деперсонализации: ощущение себя нереальным, отделённым от своего тела или психики («я как робот», «это не я»).

Диссоциативной амнезии: невозможность вспомнить важные события (не из-за обычной забывчивости).

Диссоциативной фуги: внезапный уход из дома с потерей памяти и формированием новой идентичности (редко, но возможно при тяжёлой травме).

1.2. Распространённость при ПТСР

Около 30-60% людей с хроническим ПТСР имеют выраженные диссоциативные симптомы. При комплексном ПТСР – практически 100%. Для ветеранов боевых действий диссоциация – скорее правило, чем исключение, особенно если были периоды интенсивных обстрелов или плен.

(18:00 – 30:00) **Часть 2. Перитравматическая диссоциация**

2.1. Определение и механизм

Перитравматическая диссоциация (ПТД) – это диссоциативные переживания, возникающие во время травматического события или в первые минуты после него. Это древнейший эволюционный механизм выживания: когда опасность слишком велика, а возможности борьбы или бегства нет, мозг «отключает» часть сознания и тела, чтобы уменьшить страдание.

Пример: Боец, на глазах у которого взрывается БТР, говорит: «Я видел всё как будто со стороны, даже не понял, что это мои товарищи. Не было ни страха, ни боли. Только картинка». Или: Жена, получившая похоронку, не плачет и не падает в обморок – она спокойно кладёт телефон, идёт на кухню, варит чай, а через час не помнит, как заварила чай.

2.2. Почему ПТД – главный предиктор хронического ПТСР

Многочисленные исследования (в том числе на ветеранах) показывают: чем выше уровень перитравматической диссоциации, тем выше риск развития хронического ПТСР. Этот эффект сильнее, чем тяжесть самой травмы. Почему?

Нарушение консолидации памяти: Гиппокамп во время диссоциации не кодирует контекст. Травма сохраняется в виде «сенсорных осколков» без временной маркировки.

Отсутствие эмоциональной переработки: Страх, ужас не проживаются, а «замораживаются» в теле и бессознательном.

Закрепление избегания: Психика запоминает, что «отключиться» – это эффективный способ не чувствовать боль, и начинает использовать его при любом стрессе.

2.3. Нейробиология перитравматической диссоциации

Дорсальный вагус (древняя ветвь блуждающего нерва) берёт верх. Он отвечает за тоническую неподвижность, брадикардию, падение давления, обездвиживание.

Амигдала может быть как гиперактивной (страх), так и парадоксально заторможенной (диссоциативное онемение).

Префронтальная кора и островок Рейля (интероцепция) резко снижают активность – человек перестаёт чувствовать своё тело.

Мозжечок и сенсомоторные зоны могут сохранять активность, обеспечивая автоматические действия (например, бег без чувства страха).

2.4. Эндокринология ПТД

Гигантский выброс эндогенных опиоидов (в частности, динорфина) – они блокируют болевые сигналы и вызывают эйфорию/онемение.

Высокий норадреналин может сочетаться с парадоксально низким кортизолом – это состояние «застывшей боевой готовности».

Окситоцин – тоже повышается, что способствует «отключению» от социального контекста.

2.5. Психосоматика ПТД

Тело в момент диссоциации может принимать неестественные позы, терять чувствительность в отдельных участках. Например, боец, который в момент взрыва прижал левую руку к телу, может после травмы не чувствовать эту руку или испытывать в ней хроническую боль без органики. Это «застывшее действие» – рука так и осталась прижатой в защитном жесте.

2.6. Психоаналитический взгляд на ПТД

Фрейд и его последователи называли это «первичной вытеснением» или «расщеплением Эго». Бессознательное, сталкиваясь с невыносимым, буквально «разрывает» единство личности. Одна часть (та, которая наблюдала) остаётся в сознании, а другая (та, которая чувствовала ужас) уходит в бессознательное. Впоследствии эта вытесненная часть будет прорываться в виде флешбеков, кошмаров, соматических симптомов.

(30:00 – 42:00) **Часть 3. Посттравматическая диссоциация**

3.1. Определение и формы

Посттравматическая диссоциация (ПТД-2) – это диссоциативные симптомы, которые возникают после травмы и сохраняются хронически. Они могут быть продолжением перитравматической диссоциации или возникнуть позже, как защита от интрузий.

Основные формы:

Дереализация: ощущение нереальности окружающего мира. «Всё как в тумане», «стены движутся», «звуки приглушённые».

Деперсонализация: ощущение нереальности собственного тела или психики. «Я смотрю на себя со стороны», «мои руки как чужие», «мысли не мои».

Диссоциативная амнезия: выпадение целых периодов времени (часов, дней) из памяти. Клиент не может вспомнить, что делал, куда ходил.

Диссоциативная фуга: редкая, но тяжёлая форма – внезапный уход из дома с потерей автобиографической памяти и формированием новой идентичности (может длиться дни/месяцы).

Диссоциативные трансы: состояния суженного сознания с автоматическими действиями (например, ходит по комнате, перебирает вещи, не реагирует).

3.2. Клиническая значимость

Посттравматическая диссоциация:

Сильно коррелирует с комплексным ПТСР и пограничным расстройством личности.

Увеличивает риск самоповреждений и суицида (человек может наносить себе порезы, не чувствуя боли).

Делает традиционную травма-фокусированную терапию (EMDR, экспозиция) неэффективной или опасной, если не проведена предварительная стабилизация.

3.3. Нейробиология посттравматической диссоциации

Хроническое торможение островка Рейля – человек не чувствует своего тела.

Снижение связности между префронтальной корой и лимбической системой – эмоции и телесные ощущения не интегрируются.

Повышенная активность в верхней височной коре и теменных зонах – может быть связана с ощущением «наблюдения со стороны».

Нарушение работы мозжечка – координация движений может быть странной.

3.4. Эндокринология

Хронически низкий кортизол (истощение ГГН-оси).

Повышенный уровень эндорфинов и динорфина – естественное «обезболивание», которое мешает чувствовать и боль, и радость.

Низкий уровень окситоцина – социальное отчуждение, неспособность к близости.

3.5. Психосоматика

Посттравматическая диссоциация часто проявляется в виде «функциональных неврологических симптомов»:

Псевдоприпадки (двигательные или сенсорные без эпилептической активности).

Параличи или слабость в конечностях.

Потеря чувствительности по неврологическим «границам» (например, вся левая сторона тела).

Хроническая боль без органики (фибромиалгия).

Эти симптомы – телесное выражение расщепления: часть тела становится «чужой», не принадлежащей личности.

3.6. Психоаналитический взгляд

Посттравматическая диссоциация – это хроническое расщепление Эго. Защиты становятся ригидными и тотальными. Человек живёт в двух реальностях: «нормальная жизнь» и «травматический мир», которые не пересекаются. Из-за этого он может быть очень функционален в одних сферах и совершенно беспомощен в других. Например, ветеран отлично работает на стройке, но дома не может поговорить с женой о своих чувствах – «как будто другой человек».

(42:00 – 54:00) **Часть 4. Диагностика диссоциации и практические техники стабилизации**

4.1. Шкалы для оценки

Для практикующего психолога в соцслужбе важно быстро оценить уровень диссоциации.

DES (Dissociative Experiences Scale) – наиболее известная. Короткая версия DES-T (8 пунктов) для скрининга диссоциативного расстройства. Норма – менее 15 баллов; выше 25 – высокая вероятность патологической диссоциации.

Шкала перитравматической диссоциации (PDEQ) – 10 пунктов, оценивает именно диссоциацию в момент травмы. Высокий балл – предиктор хронического ПТСР.

Скрипт для быстрой оценки (на основе DES-T):

«За последний месяц, случалось ли с Вами такое, что Вы:

– смотрели на мир как бы сквозь туман, и люди и предметы казались нереальными?

– чувствовали, что Ваше тело Вам не принадлежит или что Вы смотрите на себя со стороны?

– обнаруживали себя в незнакомом месте, не помня, как туда попали?

– слышали голоса в своей голове, которые обсуждали Вас или давали команды?»

Если на 2-3 вопроса ответ «да», нужна углублённая диагностика.

4.2. Основные принципы работы с диссоциацией

Никогда не начинайте травма-фокусированную терапию (EMDR, экспозицию) при высокой диссоциации. Сначала стабилизация.

Первичная задача – заземление: вернуть клиента в «здесь и сейчас», в его тело.

Использовать внешние якоря: сенсорные стимулы (холод, звук, запах), ритмические движения, надавливание.

Психообразование: объяснить клиенту, что диссоциация – это защита, а не «сумасшествие».

4.3. Техника «Заземление через стопы» (скрипт)

Эта техника особенно хороша для «застывших» клиентов с деперсонализацией.

Психолог: «Я вижу, что Вам сейчас трудно чувствовать своё тело. Это нормально, так защищается психика. Если Вы готовы, давайте попробуем мягко вернуть контакт. Сядьте

удобно, поставьте обе стопы на пол. Чувствуете опору? (пауза). А теперь, не отрывая пяток, попробуйте медленно поднимать и опускать носки ног – раз, два, раз, два. Почувствуйте, как меняется давление в стопах. Теперь – наоборот, поднимайте пятки, оставляя носки на полу. Вы можете делать это очень медленно. А теперь просто надавите стопами в пол – сильнее, ещё сильнее… и расслабьте. Что вы чувствуете?»

Обоснование:

Нейро: Активация проприоцептивных рецепторов стоп посылает сигналы в соматосенсорную кору, «пробуждая» островок Рейля.

Эндо: Ритмические движения снижают норадреналин.

Психосоматика: Восстанавливается связь «мозг-тело», уходит «ощущение парения».

Психоанализ: Техника действует как «якорь реальности», помогая Эго отличить внутренний мир от внешнего.

4.4. Техника «Контейнер для диссоциации» (скрипт)

Эта техника используется, когда клиент не может избавиться от ощущения, что его «уносит», и нужен психологический «контейнер».

Психолог: «Представьте, что все эти странные ощущения – нереальность мира, отстранённость, "кино" – можно собрать и положить в надёжный контейнер. Какой он? Металлический сейф? Стеклянная банка с крышкой? Комната со звукоизоляцией? Хорошо. Теперь мысленно соберите все эти ощущения, которые мешают вам быть здесь, и положите внутрь. Закройте крышку. Поставьте контейнер в угол этой комнаты. Теперь посмотрите на него оттуда. Вы – здесь, а ощущения – там, внутри контейнера. Вы можете взять их обратно, когда захотите, но сейчас они вам не нужны. А теперь глубоко вдохните и посмотрите на эту комнату – она реальна. Вы реальны».

Применение: при дереализации и деперсонализации средней тяжести. Не использовать при острых фугах.

4.5. Техника «Ледяная вода» (расширенный протокол)

Уже упоминалась в лекции 1.5. Дополним:

Психолог: «Если у вас под рукой есть холодная вода – налейте в миску. Опустите в неё кончики пальцев на 10 секунд. Затем – запястья. Затем умойте лицо. Холод активирует "нырятельный рефлекс" млекопитающих – это древний механизм, который возвращает мозг в тело. Вы можете использовать этот приём сами, когда чувствуете, что "улетаете"».

Нейробиология: холод стимулирует тройничный нерв, который через ядро одиночного пути активирует вентральный вагус, что тормозит дорсальный (диссоциативный).

(54:00 – 60:00) **Часть 5. Кейс и задание**

Кейс «Застывшая жена»

Кейс:

Ольга, 32 года, жена участника СВО. Муж пропал без вести полгода назад. Она пришла к психологу не по своей воле – настояла свекровь. На первой встрече Ольга сидит с отсутствующим взглядом, отвечает односложно, говорит, что «всё нормально». На вопрос, как она себя чувствует, пожимает плечами: «Никак». Рассказывая о муже, говорит о нём в настоящем времени («он носит», «он любит»). Не может вспомнить, что делала вчера. Периодически начинает мелко трястись и говорит: «Я будто не здесь, всё как за стеклом». Терапевт замечает, что Ольга не моргает и не меняет позу в течение получаса.

Вопросы слушателям:

Какие формы диссоциации мы видим?

Перитравматическая или посттравматическая?

Можно ли начинать EMDR или экспозицию?

Какие техники стабилизации подойдут в первую очередь?

Разбор:

Дереализация («всё как за стеклом»), деперсонализация («я не здесь»), диссоциативная амнезия (не помнит вчера), вероятно, лёгкий ступор (не моргает, не меняет позу).

Посттравматическая (травма – исчезновение мужа). Но, возможно, были и перитравматические элементы в момент получения известия.

Категорически нет. Высокая диссоциация – противопоказание к экспозиции. Сначала стабилизация.

План:

Установить раппорт через простое присутствие, не требовать вербализации.

Предложить технику «Заземление через стопы» (простое ритмическое движение).

Если не идёт – «Ледяная вода» или холодный компресс на запястье.

Психообразование: «То, что вы чувствуете – это защита от невыносимой боли. Ваш мозг пытается выжить. Это не слабость».

После стабилизации (через несколько сессий) – осторожная работа с утратой, возможно, EMDR после обучения навыкам саморегуляции.

(60:00) **Резюме и задание**

Ключевые выводы лекции 1.14–1.15:

Диссоциация – это разрыв интеграции памяти, восприятия, идентичности, телесных ощущений. Патологическая диссоциация – ключевой предиктор хронического и комплексного ПТСР.

Перитравматическая диссоциация возникает в момент травмы, связана с дорсальным вагусом и выбросом эндогенных опиоидов. Она предсказывает будущий ПТСР.

Посттравматическая диссоциация включает дереализацию, деперсонализацию, амнезию, фуги. Она часто сочетается с комплексным ПТСР.

Нейробиологически: торможение островка Рейля и ПФК, гиперактивность дорсального вагуса. Эндокринно: низкий кортизол, высокие опиоиды. Психосоматически: функциональные неврологические симптомы. Психоаналитически: расщепление Эго, изоляция аффекта.

Терапия: сначала стабилизация (заземление, контейнер, холод), только потом травма-фокусированная работа.

Техники: «Заземление через стопы», «Контейнер», «Ледяная вода» – скрипты даны.

Задание для самостоятельной работы:

Используя шкалу DES (короткая версия из 8 вопросов), проведите самодиагностику (это полезно для понимания своего состояния как специалиста, работающего с травмой). Оцените свой балл. Если он выше 15 – подумайте о своей личной терапии или супервизии. Затем выберите любого клиента (воображаемого или реального) с явными диссоциативными симптомами и напишите для него план из 3-х сессий, направленных исключительно на стабилизацию (без переработки травмы). Укажите, какие техники заземления и почему вы выберете.

Модуль 2. Лекция 2.1 «Психологическая работа с семьей участника боевых действий».

(0:00 – 5:00) Введение. Почему семья – ключевой ресурс и главная мишень помощи

Коллеги, добрый день. Сегодня мы начинаем Модуль 2 «Основная методология работы с психической травмой» и наша первая тема посвящена семье участника боевых действий.

Почему мы начинаем именно с семьи? Потому что практика показывает: изолированная работа с комбатантом без включения семьи часто бывает неэффективной. Исследования подтверждают, что семьи ветеранов, где в комплекс мероприятий по лечению ПТСР включается работа с семейной системой, значительно сокращают сроки интенсивной терапии и существенно улучшают адаптацию комбатантов к мирной жизни. И наоборот: если семейные проблемы препятствуют индивидуальному лечению, индивидуальная и семейная терапия должны проводиться одновременно.

Вернувшийся с фронта боец – это не только солдат с боевым опытом. Это еще и муж, отец, сын. И его ПТСР неизбежно становится общим диагнозом для всей семьи. Жена начинает жить в режиме хронической тревоги. Дети теряют чувство стабильности и безопасности. Родители проживают ужас от неизвестности.

Сегодня мы разберем:

Семью как систему – почему травма одного заражает всех.

Внутрисемейную динамику – какие роли и паттерны возникают в семье комбатанта.

Четыре уровня семейного стресса – нейробиология, эндокринология, психосоматика и психоанализ семьи.

Методики семейной работы – от психообразования до техник восстановления коммуникации.

Кейс и практическое упражнение.

(5:00 – 18:00) **Часть 1. Семья как система: общие закономерности и специфика**

1.1. Системный семейный подход: как это работает

Семья – это живая система, где все элементы взаимосвязаны. По закону системной динамики, изменение одного элемента (например, возвращение бойца с ПТСР) вызывает изменение всех остальных. Жена вынуждена брать на себя новые роли. Дети адаптируются к новой реальности. Все члены семьи начинают функционировать в режиме «хронической чрезвычайной ситуации».

В семьях участников боевых действий, особенно при затяжном ПТСР, семейный баланс серьёзно нарушается. Это проявляется в:

Нарушении ролевой структуры (кто за что отвечает).

Изменении коммуникативных паттернов (как и о чём говорят).

Деформации эмоционального климата (от страха до эмоциональной холодности).

Потере семейных ритуалов и традиций.

1.2. Две категории семей: важно учитывать разницу

Оксана Владимировна Защиринская, эксперт в области психотравматологии, выделяет две принципиально разные категории семей военнослужащих, и эта разница критически важна для психолога:

Параметр
Семьи профессиональных военных
Семьи мобилизованных

Опыт
Уже сталкивались с командировками, переездами, разлуками
Опыта разделения с войной нет

Готовность
Семейная система адаптирована к военному образу жизни
Система не подготовлена к длительной разлуке и риску

Ресурсы
Есть знакомые в военной среде, поддержка
Социальная изоляция, нет понимающего окружения

Типичные проблемы
Хроническое напряжение от многолетнего накопления травм
Шок от внезапного изменения всей жизни

Вывод для практики: Нельзя применять один и тот же шаблон к разным семьям. Семьи мобилизованных требуют более интенсивной психообразовательной работы на начальном этапе.

1.3. Почему семья – и жертва, и ресурс одновременно

Это двойственность, которую важно удерживать.

Семья как жертва: Члены семьи страдают от вторичной травматизации, их здоровье (и психическое, и физическое) ухудшается. У 78% демобилизованных участников боевых действий и 24% их жён наблюдаются психопатологические нарушения. Жёны могут сами развивать симптомы ПТСР – не потому что они «слабые», а потому что их мозг и гормональная система синхронизируются с состоянием мужа.

Семья как ресурс: Именно семья может стать «якорем» для возвращения бойца к мирной жизни. Если семья понимает, что происходит, если в ней созданы безопасные условия, если жена не срывается в ответ на агрессию, а дети не замыкаются в себе – то прогноз для комбатанта значительно улучшается. Близкие родственники комбатантов могут и должны стать опорой в лечении ПТСР.

(18:00 – 34:00) **Часть 2. Внутрисемейная динамика: типичные паттерны и дисфункции**

2.1. Как меняется муж – как меняется жена

Вернувшийся с войны комбатант часто предъявляет следующие семейные проблемы: внутрисемейная агрессия, демонстративно-шантажное суицидальное поведение, сексуальные дисфункции, изоляция и отчуждённость, эмоциональная холодность, утрата веры в будущее, конфликтность и непредсказуемость поведения.

Жена, в свою очередь, может демонстрировать:

Гиперопеку – пытается контролировать всё, что делает муж, из страха, что он «сорвётся» или что-то с ним случится.

Контролирующую агрессию – «ты должен», «ты обязан», «перестань себя вести как больной» – что только усиливает изоляцию мужа.

Эмоциональное выгорание – полное истощение, когда нет сил ни на детей, ни на мужа, ни на себя. 90% знакомых одной из семей мобилизованных сидят на антидепрессантах.

Соматизацию – головные боли, проблемы с ЖКТ, боли в спине, панические атаки как телесное выражение невыносимого напряжения.

2.2. Дети в семье комбатанта: невидимые жертвы

Дети – самая уязвимая часть семейной системы. Они:

Считывают невербальные сигналы – напряжённое лицо матери, отстранённость отца, тишину вместо разговоров.

Не понимают, что происходит – маленькие дети могут думать, что папа злится на них, и брать вину на себя.

Регрессируют – начинают вести себя как младшие (энурез, сосание пальца, капризы).

Замыкаются – перестают делиться переживаниями, уходят в себя или в виртуальный мир.

Имитируют симптомы – у детей могут возникать кошмары, тревожность, проблемы в школе без видимой причины.

Наличие ПТСР у одного из родителей взаимосвязано с проблемным поведением и наличием психологического дистресса у детей.

2.3. Типичные дисфункциональные семейные паттерны

Паттерн 1: «Молчание и избегание»

Никто не говорит о травме. Боец не рассказывает, чтобы «не травмировать близких». Жена не спрашивает, чтобы «не лезть не в своё дело». Дети чувствуют, что что-то не так, но не понимают что.

Последствия: Травма не перерабатывается, напряжение накапливается, любой триггер вызывает взрыв.

Паттерн 2: «Спасатель и спасаемый»

Жена становится гиперопекающей «сиделкой». Она берёт на себя все обязанности, контролирует мужа, проверяет его настроение, ходит на цыпочках. Боец оказывается в позиции «больного» или «беспомощного», что усиливает его чувство никчёмности и гнев.

Паттерн 3: «Коалиции против»

Дети объединяются с матерью против «чужого и опасного» отца. Отец оказывается изолирован в собственной семье. Или наоборот – отец и один из детей образуют коалицию против матери.

Паттерн 4: «Имитация нормальности»

Семья делает вид, что всё хорошо. Никто не жалуется. На людях – улыбки и нормальные разговоры. Дома – напряжение и отчуждение. Этот паттерн требует огромных энергозатрат и приводит к быстрому выгоранию.

Паттерн 5: «Хронический хаос»

Непредсказуемость поведения бойца (то агрессия, то холодность, то внезапная ласка) создаёт в семье состояние перманентной нестабильности. Дети и жена живут в режиме ожидания «разрядки» – эмоциональной или бытовой – и не могут расслабиться никогда.

2.4. Как клинический вариант ПТСР влияет на семейную динамику

Защиринская выделяет три основных клинических варианта ПТСР, и каждый по-своему влияет на семью:

Вариант ПТСР
Семейные проявления
Что делать

Тревожно-эксплозивный
Вспышки гнева, агрессия, разрушение вещей. Семья живёт в страхе.
Обучать навыкам регуляции гнева. Безопасность членов семьи – в приоритете.

Диссоциативный
Боец «выпадает» из реальности, не реагирует на близких, выглядит потерянным. Семья не понимает, «где он».
Техники заземления. Психообразование о диссоциации.

Апатический
Ничего не хочет, не чувствует, не реагирует. Жена чувствует себя одинокой и ненужной.
Медленная стабилизация. Работа с ангедонией и мотивацией.

(34:00 – 48:00) **Часть 3. Четыре уровня воздействия травмы на семью**

Теперь, как и обещано, разберём семейную динамику на четырёх уровнях, которые мы используем во всём курсе.

3.1. Нейробиологический уровень: зеркальные нейроны и синхронизация

Зеркальные нейроны – это клетки премоторной коры и нижней теменной доли, которые активируются одинаково и когда мы совершаем действие, и когда мы наблюдаем за действием другого. Именно они лежат в основе эмпатии и эмоционального заражения.

В семье комбатанта система зеркальных нейронов работает на пределе. Жена бессознательно «отражает» состояние мужа. Если муж напряжён, её тело тоже напрягается. Если муж в гневе, её амигдала активируется так, как будто опасность угрожает ей самой. Она считывает

микровыражения его лица (напряжённые губы, морщинки лба) и начинает испытывать те же эмоции.

Дети – ещё более уязвимы. Ребёнок до 5-6 лет не столько понимает слова, сколько считывает телесное состояние родителя. Если мать тревожится, у неё выделяются феромоны страха и напрягаются мышцы лица и шеи. Ребёнок бессознательно копирует это состояние, даже не осознавая причины.

Механизм синхронизации: В состоянии хронического стресса мозг членов семьи начинает работать в едином ритме – их частоты мозговой активности спонтанно выравниваются. Это эволюционный механизм, который когда-то помогал выживать в группе. Но в случае семьи комбатанта этот механизм превращается в ловушку: все члены семьи «заражаются» травмой друг от друга.

3.2. Эндокринологический уровень: кортизоловая синхронизация

Гормональная система членов семьи также синхронизируется:

Уровень кортизола у жены может коррелировать с уровнем кортизола мужа. Если у бойца хронически повышен кортизол – у жены он тоже повышается. Если у него низкий утренний кортизол (истощение ГГН-оси) – у жены тоже формируется похожий паттерн.

Норадреналин у членов семьи может повышаться в ответ на триггеры мужа, даже если они сами с травмой не сталкивались.

У детей, живущих в атмосфере хронической угрозы, уровень кортизола может быть значительно выше возрастной нормы.

Особенно уязвимы дети выживших в концлагерях или длительных боевых действий. Исследования показали, что у них могут быть изменены паттерны гена FKBP5 – гена, регулирующего чувствительность к кортизолу. Это буквально эпигенетическая передача травмы: следы травмы остаются на уровне генов.

Практический вывод: Когда жена комбатанта жалуется на усталость, тревогу, проблемы со сном – это не «она себя накручивает». Это её эндокринная система реально перестроилась под влиянием хронического стресса от проживания с человеком с ПТСР.

3.3. Психосоматический уровень: тело семьи как единое целое

Живя с человеком с ПТСР, члены семьи часто развивают соматические симптомы, которые повторяют или компенсируют травму комбатанта.

Типичные психосоматические проявления у членов семьи:

Головные боли напряжения – как следствие постоянного мышечного напряжения в режиме «быть начеку».

Синдром раздражённого кишечника (СРК) – ось «мозг-кишка» реагирует на хроническую тревогу.

Боли в спине и шее – застывшая поза «ожидания удара».

Кардионевроз – тахикардия, экстрасистолия, ощущение «провала» сердца.

Психогенная одышка – чувство нехватки воздуха без органической причины.

Потеря аппетита или переедание – нарушение пищевого поведения как способ справиться с тревогой.

Феномен «соматической индукции»: Жена может «перенять» конкретный симптом мужа. Если у бойца хроническая боль в спине – у жены может начать болеть спина. Если у него проблемы с желудком – у неё начинается СРК. Механизм – бессознательная идентификация и зеркальное отражение.

Практический вывод: Психолог, работающий с семьей комбатанта, должен обращать внимание на соматические жалобы членов семьи. Часто это «ключ» к невербализованному страданию.

3.4. Психоаналитический уровень: бессознательные защиты и проекции

Проективная идентификация – ключевой механизм в семьях комбатантов. Боец, неспособный вынести свой ужас и гнев, бессознательно «помещает» эти чувства в жену. И тогда жена начинает чувствовать то, что должен чувствовать он: ужас, беспомощность, ярость. Но, в отличие от мужа, она не понимает, откуда взялись эти чувства, и может направить их на детей или на него самого.

Защита «изоляция аффекта» – боец рассказывает о травме без эмоций, как о чужом фильме. Жена, слушая это, может либо тоже «отключиться» (эмоциональное онемение), либо, наоборот, начать проживать те эмоции, которые муж не может прожить.

Защита «отчуждение» – «это случилось не с ним, а с другим человеком». В семье это может выглядеть так, что жена начинает относиться к мужу как к чужому, больному, опасному – не как к тому, за кого она выходила замуж.

Защита «идентификация с агрессором» – особенно опасный механизм в семьях, где есть насилие. Жена может начать вести себя агрессивно с детьми, повторяя паттерн мужа. Или старший ребёнок может начать доминировать над младшими, копируя поведение отца.

Принудительное повторение травмы в семейных отношениях: Семья может бессознательно воссоздавать сценарий, похожий на травматический опыт бойца. Например, в семье могут возникать ссоры, где один «агрессор», другой «жертва», и они проигрывают динамику «бой-засада-спасение».

Задача психоаналитически ориентированной работы с семьёй: Помочь членам семьи осознать, какие части переживаний и аффектов они «помещают» друг в друга, и вернуть каждому ответственность за свои собственные чувства.

(48:00 – 58:00) **Часть 4. Методики психологической работы с семьей**

4.1. Четырёхэтапная модель семейной системной терапии (Хмарук и др.)

Исследователи, успешно пролечившие 19 пациентов с ПТСР с использованием семейной системной терапии, предлагают четырёхэтапную модель:

Этап 1. Диагностический (семейный диагноз)

Собрать информацию о семейной истории, динамике, ролях.

Выявить, кто в семье является «носителем симптома» (часто это не только боец).

Оценить, какие ресурсы у семьи есть, а какие утрачены.

Этап 2. Ликвидация семейного конфликта

Снять остроту конфликтов, которые мешают терапии.

Обучить членов семьи безопасному выражению эмоций («Я-сообщения», таймер, перерывы).

Установить «правила безопасного дома».

Этап 3. Реконструктивный

Изменить дисфункциональные паттерны взаимодействия.

Перераспределить роли (например, вернуть мужу часть ответственности за детей).

Восстановить коммуникацию и эмоциональную близость.

Этап 4. Поддерживающий

Закрепить новые навыки и паттерны.

Предупредить рецидивы и срывы.

Помочь семье выстроить планы на будущее.

Сравнительный анализ показал, что при включении семейной терапии редукция патологических симптомов наступала на 2-3-й неделе, в то время как при лечении только медикаментами – через 1,5-2 месяца. Пациенты, участвующие в процессе семейной терапии, легче адаптируются в социуме и быстрее находят новую работу.

4.2. Методика «Семейный совет по правилам»

Это базовый инструмент для восстановления безопасной коммуникации в семье, где есть ветеран с ПТСР.

Скрипт для психолога (первая встреча с парой или семьёй):

«Я предлагаю нам сегодня установить одно простое правило для разговоров дома. Называется оно "Правило трёх минут". Если кто-то чувствует, что сейчас он сорвётся, закричит или замолчит – он может сказать стоп-слово. Например, "пауза" или "стоп". И тогда все замолкают и расходятся по разным углам на 5-10 минут. Никаких вопросов, никаких претензий. Просто перерыв. Потом возвращаемся и продолжаем разговор. Это правило защищает всех. Вы готовы попробовать?»

Дополнительные правила:

«Я-сообщения»: «Я чувствую страх, когда ты громко разговариваешь» вместо «Ты меня пугаешь».

«Один говорит – другие слушают» (таймер 2-3 минуты на высказывание).

«Без физического контакта в момент ссоры» – сразу расходиться.

4.3. Методика «Семейный скульптор» (для выявления семейной динамики)

Проективная техника, которая помогает визуализировать семейную ситуацию.

Скрипт: «Сейчас каждый из вас по очереди будет "лепить" скульптуру нашей семьи. Выберите себе место в комнате и расставьте остальных членов семьи, показывая их позами и дистанцией ваши отношения. Не нужно ничего объяснять словами – просто покажите. А остальные потом скажут, что они чувствовали в этих позах».

Что это даёт: Выявляются близость/дистанция, доминирование/подчинение, изоляция, коалиции. Это безопасный способ обсудить то, о чём не говорят напрямую.

4.4. Техника «Психообразование для всей семьи»

Это не «лекция», а интерактивная сессия, где семья получает единую «карту» происходящего. Структура:

Объяснить ПТСР как нейробиологическое состояние: «Это не характер, не вина, не лень. Это мозг застрял в режиме тревоги».

Назвать симптомы: Интрузии, избегание, гипербдительность, раздражительность, эмоциональная холодность.

Объяснить, как это влияет на семью: «Когда папа вздрагивает – это не он на вас злится. Это его амигдала».

Объяснить вторичную травму: «Мама тоже может чувствовать страх и усталость. Это не слабость – это отражение папиного состояния».

Дать алгоритм действий: Что делать, если у папы флешбек? Что делать, если мама на грани срыва? Что делать детям?

Важно: Психообразование должно проводиться в присутствии всех членов семьи, чтобы у каждого была одна и та же информация. Это предотвращает феномен «тайных теорий» и разделённых миров.

4.5. Методика «Генограмма травмы» (адаптированная)

Традиционная генограмма (схематичное изображение семьи в нескольких поколениях) дополняется вопросами о травматическом опыте.

Вопросы для генограммы травмы:

Были ли в вашей семье участники войн, конфликтов?

Были ли в семье случаи насилия, неожиданных смертей, потерь?

Передавались ли от поколения к поколению страхи, фобии, семейные тайны?

Есть ли в семье люди, которые никогда не говорят о каком-то периоде жизни?

Зачем это нужно: Травма может передаваться через поколения не только психологически, но и эпигенетически. Травма предков может влиять на уязвимость потомков к ПТСР.

4.6. Работа с детьми: методика «Психологическая броня»

В работе с детьми из семей участников СВО выделяют четыре уровня работы:

«Фундамент безопасности» – стабилизация состояния через ритуалы (например, вечернее чтение, общее застолье), телесные практики и создание предсказуемой среды. Детям нужна структура: понятное расписание, предсказуемые ритуалы.

«Лаборатория чувств» – легализация и экологичное выражение сложных эмоций с помощью арт-терапии, сказкотерапии и игр. Ребёнок может нарисовать свой страх, а затем дорисовать «защитника».

«Остров понимания» – преодоление социальной изоляции через группы поддержки для детей из таких же семей. Общение со сверстниками, которые понимают их ситуацию, очень важно.

«Сундук сокровищ» – интеграция опыта и поиск личностных ресурсов. «Что ты умеешь делать лучше всех? Что тебя радовало до того, как папа уехал? Что радует сейчас?»

(58:00 – 60:00) **Часть 5. Кейс для разбора и задание**

Кейс «Разрушенный уклад»

Кейс:

Анна и Виктор, в браке 12 лет, двое детей (9 и 6 лет). Виктор – участник СВО, вернулся 6 месяцев назад. До мобилизации он был спокойным, заботливым мужем и отцом, работал водителем. После возвращения:

Стал раздражительным, вспыхивает из-за любой мелочи (детский плач, громкий звук телевизора).

Пьёт по 200-300 мл водки каждый вечер, чтобы «отключить голову».

Не обнимает детей, не говорит им «я люблю тебя».

Спит отдельно, не прикасается к Анне.

На работе (вернулся на то же место) конфликтует с коллегами, его хотят уволить.

Анна: за 6 месяцев похудела на 8 кг, появились головные боли, боли в желудке. Она плачет, когда остаётся одна. Говорит: «Я не могу с ним, но я не могу и без него. Я боюсь, что он что-то сделает с собой». Дети: старший замкнулся, перестал приглашать друзей домой, учится хуже. Младший начал мочиться в постель по ночам, чего не было с 4 лет.

Вопросы слушателям (5 минут обсуждения в чате):

Какие дисфункциональные семейные паттерны мы видим?

На четырёх уровнях – что происходит в этой семье?

С чего начать работу? В каком порядке будут сессии?

Какие методики из перечисленных вы примените на первой встрече с парой?

Краткий разбор:

Паттерны: «Молчание и избегание», «Спасатель и спасаемый» (Анна пытается «управлять» Виктором), «Хронический хаос», дети регрессируют.

Нейро: У Виктора гиперактивная амигдала, слабая ПФК. У Анны – зеркальное заражение, её мозг в постоянной тревоге. У детей – нарушение сна, ночной энурез. Эндо: У Виктора повышен норадреналин, низкий кортизол (пьёт для компенсации). У Анны – хронически высокий кортизол. Психосоматика: У Анны – потеря веса, боли в желудке (ось мозг-кишка). У ребёнка – энурез. Психоанализ: Проективная идентификация – Анна проживает страх, который Виктор не может прожить. Идентификация с агрессором пока не выражена.

Порядок работы: (1) Отдельная встреча с Анной для стабилизации и оценки риска (суицидальные мысли? физическое насилие?). (2) Отдельная встреча с Виктором для мотивации. (3) Совместная встреча пары – психообразование, установление правил. (4) Работа с детьми (игровая терапия). (5) Системные сессии всей семьи.

Первая встреча с парой: Психообразование о ПТСР и вторичной травме. Техника «Семейный совет по правилам» – установить «стоп-слово». Техника «Семейный скульптор» для выявления дистанции. Не начинать EMDR или экспозицию.

(60:00) **Резюме и задание для самостоятельной работы**

Ключевые выводы лекции 2.1:

Семья комбатанта – система, где травма одного становится общей. Без работы с семьёй терапия ПТСР может быть неэффективной или более длительной.

Внутрисемейная динамика включает типичные дисфункциональные паттерны: избегание, гиперопеку, коалиции, имитацию нормальности, хронический хаос.

На четырёх уровнях семья «заражается» травмой: зеркальные нейроны и синхронизация амигдалы, синхронизация кортизола, соматические симптомы у членов семьи, проективная идентификация и бессознательные защиты.

Четырёхэтапная модель семейной терапии: диагностика → ликвидация конфликта → реконструкция → поддержка.

Практические методики: «Семейный совет по правилам», «Семейный скульптор», психообразование, генограмма травмы, «Психологическая броня» для детей.

Задание для самостоятельной работы:

Возьмите любой воображаемый или реальный случай семьи участника СВО. Заполните таблицу:

Компонент семейной системы
Проявления в данной семье
План психологической работы

Ролевая структура (кто за что отвечает)

Коммуникация (как и о чём говорят)

Эмоциональный климат

Паттерны взаимодействия

Ресурсы семьи

Затем напишите краткий план первых 3 сессий с этой семьёй, указав для каждой сессии: цель, методы (какие именно из техник, которые мы разобрали), планируемый результат.

Лекция 2.2. Невротические и психосоматические расстройства у членов семьи комбатанта. Феномен индукции

(0:00 – 5:00) Введение. Почему семья «болеет вместе» с комбатантом

Коллеги, здравствуйте. На прошлой лекции мы рассматривали семью как систему, где травма одного заражает всех. Сегодня мы идём дальше и разбираем конкретные расстройства, которые возникают у членов семьи участника боевых действий, – невротические (тревога, депрессия, паника, ОКР) и психосоматические (боли, СРК, гипертония, кожные высыпания, нарушения дыхания).

Центральное понятие сегодняшней лекции – индукция. Это механизм, при котором психическое состояние одного человека бессознательно передаётся другому, вызывая у того сходные симптомы. Индукция – не «самовнушение» и не «слабость». Это объективный нейробиологический, эндокринный и психологический феномен.

В семьях комбатантов индукция принимает формы:

Жена начинает испытывать те же флешбеки, что и муж (хотя не была на войне).

Ребёнок начинает бояться громких звуков, потому что «заражается» реакцией отца.

У матери комбатанта развивается хроническая боль в спине после того, как сын получил ранение.

Мы разберём:

Что такое индукция: механизмы и проявления.

Невротические расстройства у членов семьи (тревожные, депрессивные, обсессивно-компульсивные, панические).

Психосоматические расстройства (сердечно-сосудистые, желудочно-кишечные, болевые, кожные, дыхательные).

Четыре уровня анализа индукции (нейро, эндо, психосоматика, психоанализ).

Методики диагностики и помощи: «Карта симптомов семьи», техника «Разделение симптома», «Телесный якорь», групповая работа.

Кейс «Жена с паническими атаками» и задание.

(5:00 – 18:00) **Часть 1. Феномен индукции: механизмы и проявления**

1.1. Определение и суть индукции

Индукция (от лат. inducere – вводить, наводить) в психологии – это бессознательное перенесение эмоционального состояния, симптома или паттерна поведения от одного человека к другому через механизмы эмпатии, идентификации и эмоционального заражения. В контексте ПТСР индукция означает, что у члена семьи, тесно связанного с комбатантом, могут возникать те же самые симптомы ПТСР – флешбеки, кошмары, гипербдительность, избегание, – хотя сам он травмы не переживал.

Ключевое различие: Вторичная травма (о которой мы говорили в модуле 1) – это последствие прямого рассказа о травме или длительного стресса от жизни с человеком с ПТСР. Индукция же – это непосредственное «заражение» симптомом через бессознательную идентификацию, часто без подробного знания о травме.

Пример: Жена не знает деталей боя мужа, но когда он вздрагивает от звука вертолёта, она тоже начинает вздрагивать. Или: мать не была в зоне боевых действий, но начинает видеть кошмары о том, как её сына убивают.

1.2. Три типа индукции в семьях комбатантов

Тип индукции

Механизм
Пример

Эмпатическая
Зеркальные нейроны активируются при наблюдении за состоянием другого. Жена «отражает» тревогу мужа.
Муж сидит напряжённый – жена сама становится тревожной, хотя причины не знает.

Идентификационная
Член семьи бессознательно отождествляет себя с комбатантом, «примеряет» его симптомы.
Жена начинает жаловаться на те же боли в спине, что и муж, после его рассказа о ранении.

Контрфобическая
Член семьи пытается «защитить» комбатанта, беря на себя его страх, и в итоге сама заболевает.
Мать говорит: «Я буду бояться за него, чтобы он не боялся». У неё развивается паническое расстройство.

1.3. Факторы, усиливающие индукцию
Высокая степень эмоциональной близости (супруги, родители-дети, сиблинги).
Совместное проживание (ежедневный контакт усиливает синхронизацию).
Отсутствие других источников поддержки (чем изолированнее семья, тем сильнее индукция).
Предшествующая уязвимость (у члена семьи уже были тревожные или соматоформные расстройства).
Длительность воздействия (чем дольше живут вместе с комбатантом с ПТСР, тем выше риск индукции).
1.4. Почему индукция – не «симуляция» и не «слабость»
Важно донести до слушателей: когда жена комбатанта говорит «я тоже вижу кошмары о войне», это не значит, что она «притворяется» или «истерит». Её мозг и тело реально перестроились под влиянием эмоционального климата в семье. Нейробиологические и эндокринные изменения у неё объективны – хотя и отличаются от изменений у бойца. Стыдить или обвинять членов семьи за индуцированные симптомы нельзя.
(18:00 – 30:00) **Часть 2. Невротические расстройства у членов семьи**
2.1. Общая характеристика
Невротические расстройства (в МКБ-10 – рубрики F40-F48) – это психогенные состояния, характеризующиеся тревогой, страхом, навязчивостями, дисфорией, без психотических симптомов. У членов семей участников СВО они встречаются в 40-70% случаев (по разным данным), причём у жён – чаще, чем у самих бойцов, и часто протекают тяжелее, потому что не распознаются как «заслуженные».
2.2. Генерализованное тревожное расстройство (ГТР)
Проявления: Постоянное, фоновое беспокойство по многим поводам (здоровье мужа, финансы, будущее детей, безопасность дома). Тревога не привязана к конкретному триггеру, как при ПТСР, а разлита на всё. Сопутствующие симптомы: мышечное напряжение, усталость, раздражительность, нарушения сна, трудности с концентрацией.
Индукционный механизм: Жена «считывает» постоянную гипербдительность мужа (даже если он не говорит о ней) и начинает сама жить в режиме ожидания угрозы. ГТР развивается как хроническая форма «заражения» его состоянием.

Нейробиология ГТР у членов семьи: Повышенная активность амигдалы (как и у бойца), но без такого же снижения гиппокампа. Префронтальная кора может быть гипертрофированно активна в попытках контролировать тревогу, что приводит к истощению.

2.3. Паническое расстройство

Проявления: Внезапные приступы страха с сердцебиением, удушьем, дрожью, страхом смерти или сумасшествия. Длится 5-20 минут. Панические атаки могут быть спонтанными или ситуационными (например, при звуке вертолёта).

Индукционный механизм: Жена видит, как у мужа случаются флешбеки или панические реакции на триггеры. Её мозг «запоминает», что эти триггеры опасны, и начинает выдавать собственную паническую реакцию. Часто панические атаки возникают в ситуациях, когда муж рядом – это индуцированная боязнь его паники.

2.4. Депрессивное расстройство

Проявления: Потеря интереса (ангедония), подавленное настроение, усталость, чувство вины, нарушения сна и аппетита. Может быть соматизированной (боли, слабость).

Индукционный механизм: Жена бессознательно «забирает» депрессивный аффект мужа, который тот не может выразить. Чувство вины (за то, что не может помочь) переходит в самообвинение. Социальная изоляция семьи подкрепляет депрессию.

Комментарий четырёх уровней:

Нейро: Снижение дофамина и серотонина, уменьшение нейрогенеза в гиппокампе.

Эндо: Хронически повышенный кортизол (у жён, живущих в стрессе) или истощённый (при длительной депрессии).

Психосоматика: Боли, проблемы с ЖКТ, кардионевроз.

Психоанализ: Депрессия как гнев, обращённый на себя – жена злится на мужа за то, что он изменился, но не может выразить это, и направляет гнев внутрь.

2.5. Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР)

Проявления: Навязчивые мысли (например, «а вдруг муж покончит с собой?») и ритуалы (проверка замков, многократные звонки мужу, симметричное раскладывание вещей), которые временно снижают тревогу.

Индукционный механизм: Попытка обрести контроль в ситуации тотальной неопределённости. Ритуалы дают иллюзию, что от действий жены зависит безопасность мужа. Муж с ПТСР сам может иметь ритуалы (проверка оружия, определённый порядок вещей), и жена копирует их.

ОКР у жён часто остаётся нераспознанным, потому что ритуалы маскируются под «заботу» или «порядок». Спрашивайте: «Бывает ли, что вы несколько раз проверяете, заперта ли дверь, или пересчитываете таблетки, чтобы успокоиться?»

2.6. Ипохондрическое и соматоформное расстройства

Проявления: Убеждённость в наличии тяжёлого заболевания (рак, инфаркт) без медицинских подтверждений; многократные походы по врачам; постоянная фиксация на телесных ощущениях.

Индукционный механизм: Телесные симптомы мужа (боль, слабость, одышка) «переходят» к жене через идентификацию. Она начинает интерпретировать нормальные телесные ощущения как признаки болезни, потому что её мозг «настроен» на восприятие симптомов.

(30:00 – 42:00) **Часть 3. Психосоматические расстройства у членов семьи**

Психосоматика – это телесные симптомы, которые имеют психологическую причину (стресс, тревога, подавленные эмоции), но при этом реально изменяют функцию органов. У членов семей комбатантов психосоматические расстройства встречаются в 50-80%, часто как единственное проявление дистресса.

3.1. Сердечно-сосудистая система

Лабильная артериальная гипертензия – давление скачет при эмоциональном напряжении, без органических изменений сосудов.

Тахикардия и экстрасистолия – ощущение «перебоев» в сердце, особенно при тревоге.

Кардионевроз (синдром Да Косты) – боли в области сердца без ишемии, часто с паническим компонентом.

Вегетативные кризы – приступы сердцебиения, потливости, дрожи, похожие на панические атаки.

Механизм: Хроническая активация симпатической нервной системы (из-за жизни в режиме угрозы) → выброс катехоламинов → тахикардия, вазоконстрикция, повышение давления.

3.2. Желудочно-кишечный тракт

Синдром раздражённого кишечника (СРК) – боли в животе, вздутие, диарея или запор без органики.

Функциональная диспепсия – тяжесть после еды, тошнота, раннее насыщение.

Гастроэзофагеальный рефлюкс – изжога, отрыжка, связанные с тревогой.

Язвенная болезнь – риск повышается при длительном стрессе (через повышение кислотности и снижение защиты слизистой).

Механизм: Ось «мозг-кишка» – блуждающий нерв передаёт сигналы тревоги в энтеральную нервную систему, меняя моторику и секрецию.

3.3. Болевые синдромы (без органики)

Головные боли напряжения – «каска» вокруг головы, давящая боль.

Мигрень – может дебютировать или усиливаться в период стресса.

Фибромиалгия – генерализованные боли в мышцах и связках, часто с нарушением сна и усталостью.

Боли в спине (особенно в грудном и шейном отделах) – «застывшая поза» ожидания.

Атипичные лицевые боли – могут имитировать невралгию тройничного нерва.

3.4. Дыхательная система

Психогенная одышка – чувство нехватки воздуха без гипоксии (сатурация в норме).

Гипервентиляционный синдром – глубокое учащённое дыхание, приводящее к головокружению, онемению губ, судорогам в руках.

Ком в горле – ощущение инородного тела, не связанное с патологией глотки.

3.5. Кожные проявления

Атопический дерматит – обострения на фоне стресса.

Псориаз – стресс-индуцированные высыпания.

Крапивница – уртикарные высыпания при тревоге.

Аллергии – могут дебютировать в период сильного стресса.

3.6. Другие психосоматические синдромы

Нарушения сна – трудности засыпания, поверхностный сон, кошмары (индуцированные от мужа), ранние пробуждения.

Сексуальная дисфункция – снижение либидо, болезненность полового акта (диспареуния), вагинизм, отсутствие оргазма.

Нарушение пищевого поведения – потеря аппетита (стресс-анорексия) или переедание (заедание тревоги).

(42:00 – 52:00) **Часть 4. Четыре уровня анализа индукции (нейро, эндо, психосоматика, психоанализ)**

Теперь систематизируем знания и посмотрим, как индукция «работает» на каждом уровне.

4.1. Нейробиологический уровень индукции

Зеркальные нейроны: активируются у жены при наблюдении за дистрессом мужа. Они заставляют её мозг переживать те же эмоции и готовить тело к той же реакции, как если бы угроза была её собственной.

Синхронизация амигдалы: У членов семьи, долго живущих с ПТСР-пациентом, может повышаться базальная активность амигдалы, даже без собственной травмы.

Снижение гиппокампа: У жён ветеранов с хроническим ПТСР исследования показывают уменьшение объёма гиппокампа (хотя и не такое выраженное, как у самих ветеранов).

4.2. Эндокринологический уровень индукции

Синхронизация кортизола: В стрессовых семьях уровни кортизола у членов семьи коррелируют. Если у мужа кортизол низкий (истощение), у жены он может быть либо тоже низким (через идентификацию), либо высоким (через собственную реакцию на его состояние).

Окситоцин: У жён, которые гиперопекают мужа, может быть повышен окситоцин, что парадоксально усиливает тревогу за объект привязанности.

Тестостерон: У жён может снижаться тестостерон (отвечает за энергию, либидо), что усугубляет депрессивные симптомы.

4.3. Психосоматический уровень индукции

Соматическая имитация: Жена бессознательно «копирует» телесные симптомы мужа (боль в спине, головную боль, тошноту). Механизм – активация тех же зон мозга, которые отвечают за восприятие боли у мужа (через зеркальные нейроны боли).

Соматическое отреагирование: Когда эмоциональное напряжение невозможно выразить словами (из-за правил «не ныть», «не нагружать мужа»), оно находит выход в теле – боли, спазмы, высыпания.

Конверсия: Психический конфликт (например, гнев на мужа, который нельзя выразить) превращается в неврологический симптом – паралич, слепоту, припадки (встречается редко, но возможно).

4.4. Психоаналитический уровень индукции

Проективная идентификация: Муж бессознательно «помещает» свой страх и беспомощность в жену. Она начинает чувствовать эти чувства как свои, а он – облегчение (на время). Живут в тандеме: муж – агрессор или «каменная стена», жена – тревожная «скорая помощь».

Идентификация с объектом любви: Жена так сильно любит мужа и сочувствует ему, что начинает «болеть» его болезнью – это форма патологического симбиоза.

Вторичная выгода: Симптомы жены могут бессознательно использоваться для контроля ситуации («если я заболею, он за мной ухаживать будет», «если я скажу, что у меня болит голова, он не будет требовать секса»). Важно не обвинять, а осознавать.

Защита «обращение в противоположность»: Жена, боясь собственной агрессии, становится гиперзаботливой и тревожной – это подавленный гнев.

(52:00 – 60:00) **Часть 5. Методики работы с индуцированными расстройствами и кейс**

5.1. Методика «Карта симптомов семьи»

Назначение: Визуализировать, какие симптомы у кого появились, и предположить, какой симптом от кого «индуцирован».

Скрипт для психолога (при работе с парой или семьёй):

«Давайте сейчас вместе нарисуем карту здоровья нашей семьи. На листе бумаги напишите имена всех членов семьи, кто живёт с вами. Под каждым именем перечислите, на что этот человек жалуется в последние месяцы – беспокойство, плохой сон, боли, усталость. Не оценивайте – просто запишите. Теперь посмотрите – есть ли одинаковые симптомы у разных членов семьи? Например, и у папы, и у мамы болит голова? Или и у старшего сына, и у папы кошмары? Эти совпадения – не случайность. Ваши организмы синхронизируются в стрессе. Мы будем с этим работать».

После этого можно обсудить, какой симптом «пришёл» первым, у кого, и как он передался. Важно не обвинять, а нормализовать: «Это нормальная реакция на ненормальную ситуацию».

5.2. Техника «Разделение симптома» (работа с идентификацией)

Используется, когда член семьи «присвоил» симптом комбатанта (например, жена жалуется на ту же боль в спине, что и муж). Цель – отделить свой симптом от симптома партнёра.

Скрипт:

«Вы сказали, что у вас болит спина, и у мужа тоже. Давайте проверим: когда у вас болит спина – это боль как у него или другая? (пауза). А теперь представьте, что вы можете временно положить свою боль на соседний стул и посмотреть на неё. Что вы видите? Чья эта боль – ваша или мужа? Если бы вы могли вернуть ему его часть, а себе оставить свою – как бы тогда изменились ощущения?»

Четыре уровня:

Нейро: Разделение снижает активацию зеркальных нейронов.

Эндо: Снижается кортизол и повышается ощущение контроля.

Психосоматика: Может уменьшиться интенсивность боли.

Психоанализ: Прерывается проективная идентификация.

5.3. Техника «Телесный якорь» для психосоматических симптомов

Назначение: Когда телесный симптом (головная боль, ком в горле, спазм в животе) является единственным проявлением индуцированной тревоги. Техника помогает вернуть связь с телом и снизить напряжение.

Скрипт:

«Сейчас вы чувствуете боль (спазм, ком). Не пытайтесь от неё избавиться. Просто положите руку на то место, где она ощущается. Тёплую, мягкую. И скажите про себя или вслух: "Я чувствую это здесь. Это моё тело. Это ощущение пришло не просто так – оно защищает меня от чего-то. Я благодарю его за заботу. И теперь я хочу дышать в это место". Сделайте три медленных вдоха, направляя дыхание в зону ощущения. На выдохе мысленно произносите: "Расслабляюсь". (пауза). Что изменилось?»

5.4. Групповая поддержка для жён

Очень эффективна при индуцированных расстройствах. Группа даёт:

Нормализацию: «У меня то же самое, я не одна».

Обмен техниками совладания.

Снижение изоляции, которая усиливает индукцию.

Формат: 8-10 встреч, 1,5 часа, темы: «Что такое ПТСР мужа», «Мои чувства – страх, вина, гнев», «Как заботиться о себе, когда муж в кризисе», «Как говорить с мужем, чтобы не ссориться».

Кейс «Жена с паническими атаками»

Кейс:

Виктория, 29 лет, муж – участник СВО, вернулся 4 месяца назад. Муж не спит, вздрагивает от резких звуков, кричит во сне. Виктория обратилась к психологу с жалобами на внезапные приступы сердцебиения, удушья, страха смерти, которые возникают 2-3 раза в неделю, особенно когда муж рядом. При этом она говорит: «Я понимаю, что я не на войне, но меня трясёт так же, как его. Может, у меня тоже ПТСР?»

При обследовании у терапевта – органической патологии не найдено. Виктория не курит, не пьёт, других стрессов нет.

Вопросы слушателям:

Какое расстройство у Виктории?

Механизм индукции – какой тип?

Четыре уровня – что происходит?

С чего начать работу?

Разбор:

Паническое расстройство (панические атаки, страх смерти, нет агорафобии). Это индуцированный вариант – триггером служит присутствие мужа (вернее, его состояние).

Эмпатическая индукция (зеркальные нейроны) + идентификационная (она бессознательно копирует его панические реакции).

Четыре уровня:

Нейро: Зеркальные нейроны активируют амигдалу Виктории при виде дистресса мужа. Гиппокамп не кодирует «я в безопасности».

Эндо: Выброс адреналина и норадреналина в момент приступа. Кортизол повышен хронически.

Психосоматика: Тахикардия, удушье, дрожь – классический симпатический выброс.

Психоанализ: Проективная идентификация – муж «помещает» свой страх в жену, она проживает его.

План:

Отдельная встреча с Викторией, без мужа. Психообразование об индукции и панических атаках.

Обучение техникам заземления и дыхания (квадратное дыхание, холодная вода).

Совместная встреча с мужем – объяснить, что его состояние влияет на жену, но не обвинять.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

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

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