

ЛИЧНОСТНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ГЕНЕЗ ТРАВМЫ. ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ, ВОЗНИКАЮЩИХ ВСЛЕДСТВИЕ ТРАВМЫ¹

АЛЬФРИД ЛЭНГЛЕ

Тема травматизации имеет особое экзистенциальное значение. Экзистенциальный анализ видит специфику тяжелой травматизации в переживании «ужаса», в котором человек познаёт бездонность бытия (вместо Ничто). Это центральное переживание травматизации рассматривается на двух уровнях. Процессуальный уровень раскрывается через анализ структуры Я². На структурном уровне тяжёлая травма затрагивает все четыре фундаментальных измерения исполненной экзистенции. Это, с одной стороны, делает понятным возникновение посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), с другой стороны — высокую степень коморбидности этого расстройства. Прямым следствием травмы является снижение взаимодействия с экзистенциальной структурой, возникающее из-за паралича процессуального уровня и сопровождающееся утратой мира, обеднением отношений, утратой себя и будущего. При переживании возникают типичные копинговые реакции — прежде всего, рефлекс мнимой смерти (РМС) и активизм первой фундаментальной мотивации. В терапии необходима реструктуризация фундаментальных экзистенциальных соотношений и функций Person. Модель фундаментальных мотиваций определяет специфические шаги терапии для преодоления утраты экзистенциальной укоренённости и мобилизации функций Person, используя такие «неспецифические» факторы, как диалог и встреча.

Ключевые слова: травма, ПТСР, экзистенциальный анализ, фундаментальные мотивации, персональный экзистенциальный анализ (ПЭА).

¹ Статья опубликована в журнале *Existenzanalyse* 22/2/2005, 4—17.

² При рассмотрении структуры Я, экзистенциальный анализ опирается на модель, которая аналогична модели, используемой Христианом Шарфеттером [Ch. Sharfetter, 2002].

1. Введение

На автобанае происходит авария: заполненный до отказа автобус касается ограждения, затем следует удар, сбоку образуется дыра, люди начинают выпадать из вращающегося вокруг своей оси автобуса, который вскоре опрокидывается. Разорванные тела, крики, стоны, окровавленные люди без сознания лежат на дороге. При виде этой картины, пребывавшие до этого момента в своём безмятежном состоянии и ничего не подозревавшие люди буквально «проваливаются» в этот ад. В ушах всё ещё продолжает звучать приятная музыка, в голове — фантазии по поводу отдыха, отпускное настроение, или же, на сердце тяжело из-за супружеской ссоры. Их действительность мгновенно меняется. Безобидная, приятная реальность «летит» в пропасть, которую им никогда раньше не доводилось видеть, переживать, выносить.словно ударяешься головой о невидимую стеклянную дверь, и некоторое время не знаешь, что является действительностью. Утратив ориентацию и самообладание, люди стоят на автобанае перед этим ужасным зрелищем. Большинство из них парализованы: некоторые воспринимают ситуацию в большей степени механически, чем эмоционально, подают сигналы тревоги и начинают оказывать первую помощь тем, кто находится рядом с ними.

Если мы изыдем себя из ада подобного сценария и посмотрим, как это влияет на выживших и подъезжающих к месту происшествия, то увидим, что, в любом случае, это оказывает шоковое воздействие, а дальше всё может развиваться по-разному. И здесь возникают психологически значимые вопросы: почему такое событие одного человека травмирует, а другого — нет? Почему одно событие становится *опытом*, а другое — *травмой*? — И вследствие чего может сформироваться *длительное расстройство*?

К этим вопросам стоит обратиться по многим причинам. Некоторые указания позволяют осветить значимость данной темы в более широких рамках:

- Это психологически-антропологические вопросы, которые касаются *ранимости* человека. Что является «ранимым» в человеке? Почему у нас вообще возникает боль? Ответы на эти вопросы создают основу для дальнейших разъяснений.
- В данном случае присутствует психологически-философская тема *безграничного потрясения*, ужаса, который переворачивает всё, что было до сих пор. — Почему это оказывает такое воздействие, и с чем оно связано?
- Над этим вопросом стоит задуматься и по личным причинам, так как этот вопрос, как и сама смерть, относится к *человеческой действи-*

тельности. Вероятно, мы спросим себя, что бы мы сделали, и как бы мы себя почувствовали, что могло бы помочь, если бы с нами случилось подобное несчастье. Эти размышления могут способствовать тому, чтобы больше не обходить вниманием, не отодвигать, а, может быть, и не вытеснять или не отщеплять эту сторону реальности, возможность её разрушения. То есть речь идёт о *риске заболеть*, будучи психически здоровым, не имея специфической уязвимости, и это в равной степени касается как ребёнка, так и взрослого.

• Конечно, *профессиональные* мотивы также могут послужить поводом для того, чтобы заняться этим вопросом. Мы знаем, как широко распространена травматизация, что влияние травмы долгое время не распознавалось в психотерапии, и что современные исследования проясняют её значение в возникновении расстройств, связанных с большими потерями. Для экзистенциального анализа эта тема представляет собой особый вызов: ведь тема катастрофы, тотального крушения экзистенциальной опоры не так хорошо освещена в экзистенциальной литературе, как темы неудачи, абсурдности и смерти.

Нам известно, что все мы можем невольно стать *свидетелями*, а также *жертвами* подобного ужасного сценария. Человеческая жизнь не защищена от этой стороны реальности. Ни знания, ни сознание, ни наука, ни вера не смогут защитить нас от этого, не смогут уберечь от шока при столкновении с этим. Вероятно, мы вряд ли были бы способны справляться с повседневной жизнью, если бы постоянно осознавали возможные пропасти в бытии-здесь. Таким образом человек *адаптируется* к реальности, представляя её надёжной, удобной, вселяющей уверенность и вызывающей доверие. И, чаще всего, с такой картиной реальности очень неплохо живётся.

И всё же, эта картина может неожиданно разрушиться и грубая сила потрясёт нас до основания. В экстремальных ситуациях, таких как стихийные бедствия, несчастные случаи, представляющие собой угрозу для жизни и приводящие к смерти, невиданная человеческая жестокость, которая в равной степени затрагивает достоинство и экзистенцию, — правила и закономерности культурно «обузданной действительности» не действуют. В подобных экстремальных ситуациях отказываются *оперативные схемы*, а также установки и позиции, с которыми мы подходим к повседневной действительности. Или в травматическом переживании человек конфронтирует с настолько новым, что оказывается не *адаптированным* к этому и не располагает какими-либо способами, позволяющими справиться с этим. Вместо вопроса: «Что человек делает с травмой?», в таких случаях задаётся встречный вопрос: *что травма делает с человеком?*

2. Травма, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) и посттравматическое личностное расстройство

Что характеризует травму? — В общем и целом, под травмой понимается причиняющее вред событие, которое выходит «за рамки привычного человеческого опыта» [Vermetten, Charney, Brenner, 2000, 67]. В DSM-IV она связывается с событиями, в которых человек непосредственно столкнулся или был свидетелем происшествия, связанного со смертью или нанесением серьезных телесных повреждений себе или другим, что привело к интенсивной субъективной реакции, сопровождающейся чувствами страха, беспомощности или ужаса [там же]. Из-за того, что в DSM-IV определение ограничивается конфронтацией со смертью или телесной целостностью, травма рассматривается здесь гораздо уже, чем в МКБ-10 [там же, 70], где травматические события связываются с опытом, который с точки зрения субъективного восприятия выходит за рамки повседневной человеческой жизни.

Этим травма отличается от привычных стрессовых факторов и ранений, которые неизбежны в жизни каждого человека. В качестве причины возникновения ПТСР следует рассматривать только те травмы, которые превышают возможности человека в их переработке, потому что они *невероятно велики* и, соответственно, ведут к *непривычно интенсивным реакциям*. Здесь человек встречается с такой силой и мощью, с таким масштабом разрушения, которые делают его совершенно беспомощным и наполняют страхом и ужасом.

Более половины людей (60 % мужчин, 51 % женщин) пережили подобное событие, по крайней мере, один раз в жизни [там же 67; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, Nelson, 1995].

Симптомы ПТСР подразделяются на категории [Vermetten и др. 2000, 71f.]:

- *Повторное* переживание травматического события: необходимо наличие, как минимум, одного из симптомов — повторяющиеся навязчивые воспоминания; повторяющиеся тяжелые сны о событии; ощущения, как если бы травматическое событие происходило вновь; тяжёлые переживания и физиологическая реактивность при раздражителях, указывающих на травматическое событие;

- *Поведение избегания*: необходимо наличие, как минимум, трёх симптомов из данной группы, таких как приглушённость эмоций, ограниченная реактивность и избегание;

- *Стойкие симптомы гипервозбуждения*: необходимо наличие, как минимум, двух симптомов, таких как расстройство сна, или вспышки ярости, затруднения в концентрации внимания, гипербдительность, гипертрофированная реакция испуга.

Повторное переживание, поведение избегания и гипервозбудимость имеют нечто общее: это феномены попытки переработки, и, одновременно, — симптомы процесса. Поэтому ПТСР можно рассматривать как *симптоматику переработки*. У человека повышается возбудимость, которая нарушает функции всех трёх антропологических измерений: *соматического* (вегетативные симптомы, потеря веса, нарушения моторики), *психического* (чувствование, сон, перепады настроения, отсутствие желаний, витальная сила мотивации, концентрация) и *измерения Person* (самоценность, жизненная концепция и жизненная установка, внимательность и мотивация). Пережитое нагружает человека, структуры его Я настолько поддаются этому, что он больше не может подняться на «свою высоту».

Эта диффузная симптоматика приобретает более чёткие очертания, когда ПТСР становится *посттравматическим личностным расстройством* (или стойким изменением личности после переживания катастрофы, как оно именуется в МКБ-10, F62.0). Острые симптомы волнения и беспокойства кристаллизуются в защитной установке по отношению к миру, связанной со значительной степенью утраты Я. Это «забаррикадирование» личности возникает на почве ограниченного соотношения с внешним миром и самим собой. С этими двумя базовыми соотношениями Person можно увязать пять признаков «стойкого изменения личности после переживания катастрофы» по МКБ-10:

а) ограниченное соотношение с внешним миром

1. Недоверчиво-враждебное отношение к миру;
2. Социальная отгороженность (уход из социума);

б) ограниченное соотношение с внутренним миром

3. Чувство опустошённости и безнадёжности;
4. Хроническое чувство волнения и ощущение постоянной угрозы, существования «на грани»;
5. Отчуждённость.

После ужасного переживания такого масштаба уже *не могут быть установлены* и не могут поддерживаться *нормальные отношения*. Мир настолько угрожающий, а человек настолько ослаблен, что больше не в состоянии выносить других людей (которые при некоторых травматизациях ещё являются и их причиной). Этот уход из мира в тень устойчивого страха и чувства утраты себя сопровождается внутренней пустотой и отчуждением.

3. Ужас как экзистенциальная тема травматизации

Неизбежно возникает вопрос: если человек настолько интенсивно реагирует, с чем он сталкивается? Симптоматика указывает на *экстре-*

мальное переживание, которое в отличие от «нормального страха» *потрясает*, и поэтому не может быть причислено к «повседневному человеческому опыту».

Гёте в «Поэзии и правде» очень точно связал подобные необычно сильные переживания, превосходящие любые знания и предсказуемость, с понятиями удивления и ужаса³: «Природа действует по вечным, необходимым и столь божественным законам, что само божество ничего не могло бы изменить в них. Все люди бессознательно вполне согласны с этим. Малейший намёк на то, что какое-нибудь явление природы происходит на основании рассудка, разума или даже только произвола, приводит нас в изумление, даже в ужас. (...) Такой же ужас овладевает нами, когда мы видим, что человек неразумно действует против общепризнанных нравственных законов, безрассудно противится своей собственной и чужой пользе. Чтобы избавиться от ужаса, испытываемого нами при этом, мы превращаем его в порицание, в отвращение, и стараемся освободиться от этого человека хотя бы мысленно, если не на деле».

Ужас и невыносимые чувства сковывают нас, если разрушаются закономерности или ожидания в отношении того, что мы считаем общепринятым или естественным. Тогда исчезает любое доверие. Такое переживание представляет собой травму. Создаётся впечатление, что для переживания травмы характерен не столько страх, сколько опыт (восприятие) обнаруживающейся и при этом ни на что не похожей реальности, которая своей *непостижимостью потрясает человека до глубины души*. Исследуя причины ранней детской травматизации, возникающей в межличностных отношениях, J. Freyd [Freyd, 1994] получила следующие результаты. Например, она обнаружила первичное *нарушение доверия* у 75 травмированных людей (в нашем понимании это было бы непосредственным следствием пережитой «непостижимости» и вполне понятной симптоматикой). Такой опыт, конечно же, внушает также и страх⁴ (прежде всего, и, вероятно, в большей степени — задним числом!), но в актуальной ситуации он, в первую очередь, вызывает ужас, которому мы даём следующее определение: *ошеломляющее непонимание чего-то чуждого, существование которого представлялось невозможным*. Тем са-

³ Цитата приводится согласно русскоязычному изданию: Гёте И.В. Поэзия и правда. Из моей жизни. — М.: Захаров, 2003. — С. 632—633 [прим. редактора].

⁴ Freyd однако определённо полагает, что изначально на передний план переживания выходит не страх, а именно *нарушение доверия*, которое, в конечном, итоге, приводит к возникновению *диссоциаций* [а не к классическим реакциям страха].

мым, у ПТСР есть тематическое ядро: конфронтация с содержанием ужаса, особенно с растерянностью по отношению к бытию, в которой мы себя обнаруживаем вопреки нашим ожиданиям. Бытие словно обманывает человека — и всё же он продолжает зависеть от бытия, не может жить без него (следует обратить внимание на сходство с переживанием ребёнка по отношению к родителям — если этой связью, которая подобна жизненной артерии, злоупотребляли путём обмана; на таком опыте *Freyd* основывает свою теорию травмы).

Чтобы ближе подойти к теме непостижимости, рассмотрим подробнее специфическое в ужасе. В принципе, ужас — это форма *удивления*, с той лишь разницей, что предметом является не какая-либо непостижимая ценность или заставляющая нас удивляться сверхогромная величина, а *непостижимость бездонности экзистенции*. Чувство ужаса можно выразить следующими словами: «Это возможно? Этого не может быть! — И так ещё бывает!»

Такие чувства возникают у нас, например, при аварии на автобанах, как это описано выше, или, если мы узнаём о зверствах войны, смотрим фотографии из концлагеря, видим, как рушатся башни Торгового центра 11 сентября 2001 года; ужас может также охватить человека, когда ему сообщают диагноз тяжёлой неизлечимой болезни. При переживании ужаса разрушается доверие. Здесь не столько затрагивается тема собственной безопасности, как в испуге, сколько тема *непонимания и утраты доверия* к бытию-здесь.

В то время как психология не уделяла внимания этому понятию (в любом случае, ужас описывается как чувство, сопровождающее страх), Эммануэль Левинас в своей ранней работе [Levinas, 1947] развил глубокое понимание этого переживания, которое можно рассматривать в качестве экзистенциального понимания ужаса и травмы. Для Левинаса в ужасе человек переживает нечто иное, чем в страхе. В отличие от страха ужас вызывается чем-то, что *есть*. В то время как в страхе происходит конфронтация с потенциальным «*Ничто*», в переживании ужаса человек сталкивается с бытием, которое вызывает потрясение. Ужасно именно то, что «это есть, существует», а не «небытие (Ничто)». Левинас предлагает спецификацию этого бытия как «анонимного» бытия, как «безличного потока бытия», который накрывает человека. Это бытие — не «дающее» бытие, не «окружённое заботой» или «озабоченное» бытие, как это описывал Хайдеггер, а «анонимный шелест» «существования». Таким образом, в переживании ужаса мы сталкиваемся с *парадоксальностью бытия*. Наше привычное переживание бытия таково, что оно даёт нам защиту, пространство и опору. Это несущая основа «бытия-в-мире»

(Хайдеггер), это почва рядом с бездной. И теперь это доверие рушится из-за переживания: «то, чего не ожидаешь, также является бытием и угрожает собственному бытию».

Повторяющийся или выходящий за рамки обычного опыт, что бытие «не держит», выбивает у человека в его мире почву из-под ног. Без опорной поверхности он впадает в состояние беспомощности перед событием, которое неподвластно его контролю, и которое он уже больше не способен переработать. Таким образом, происходит «прерывание» [Kleber & Brom, 1992] из-за «ощутимого разрушения базисных убеждений и ожиданий» [Kleber 2000, 728] как это, используя язык психологии, сформулировали Клебер и Бром.

В этих рамках нарушенной непрерывности располагаются также и концепции травмы, основанные на чувстве когерентности Антоновского [Antonovsky, 1997]. Фроммбергер, Штиглиц, Штрауб, Ниберг, Шликевай, Кунер, Бергер, Брюгнер [1999] на примере жертв тяжёлых несчастных случаев показали, что когнитивные и эмоциональные реакции у пострадавших в результате автомобильных аварий, которые привели к возникновению ПТСР, не зависели от степени тяжести повреждения (!), и всё же коррелировались с *чувством когерентности* (субъективным значением негативного события). У хорошего чувства когерентности обнаруживалась негативная корреляция с возникновением ПТСР. То есть, если тяжёлое или травматическое событие вносится в контекст смысла, то его травмирующее воздействие ослабляется.

На таком когнитивном фоне и на основании опыта, что «бытие не держит», впоследствии, конечно, появляется постоянное переживание опасности. Здесь возникает страх. В *когнитивно-бихевиоральной психотерапевтической модели* Элерса и Кларка [Ehlers & Clark, 2000]⁵ это постоянное чувство угрозы представлено в качестве одной из причин возникновения ПТСР. С нашей точки зрения данная модель относительно поздно подключается к процессу возникновения травмы.

Для полноты картины также следует упомянуть психодинамическую концепцию возникновения травмы. Согласно мнению Габбарда [Gabbard, 2000], травматизация приписывается субъективному значению стрессора, а не объективной степени тяжести. Но ПТСР развивается лишь в том случае, если травматический опыт попадает в резонанс с

⁵ Возникновение переживания опасности они связывают с чрезмерно негативными оценками ["excessively negative appraisals [added meanings]"] травмы или её последствий. Негативную оценку, с нашей точки зрения, следовало бы рассматривать как эмоциональное восприятие и занятие позиции по отношению к содержанию переживания, а не как произвольную оценку.

травмой детского возраста. Тогда потрясение настолько велико, что аффекты больше невозможно регулировать, и возникают соматизация и алекситимия.

4. Перегрузка психодинамики

То, что человек переживает в травматическом опыте, превосходит его способность переработки. Неспособность справиться с пережитым, найти своё место в бытии рядом с пережитым, «обжиться», — подобная «экзистенциальная неуверенность» [Butollo, Rosner, Wentzel, 1999, 184] ведёт к реактивным *колебаниям*. Гиперактивность и пассивизация возникают одновременно. Попытки всё-таки заняться пережитым и переработать его сменяются фазами паралича и утомления. Так человек колеблется между интрузиями и отрицанием, между постоянным повторением переживания и поведением избегания, между повышенной возбудимостью и параличом. Создаётся впечатление, что одновременно мобилизуются три из четырех основных категорий *копинговых реакций*, как мы их описываем в экзистенциальном анализе [Langle, напр., 1998], причём в двух категориях затронуты все четыре измерения экзистенции. Это делает отчётливым масштаб угрозы для структуры или разрушения (для сравнения при неврозе обычно фиксируется преимущественно один отдельный копинговый механизм). В таблице 1 приводится обзор этих реакций:

Таблица 1

Формы автоматического защитного поведения (копинговые реакции) в соответствии с темами фундаментальных мотиваций (из Längle, 1998, 23)

Подчёркнуты копинговые реакции, которые мобилизуются в связи с травматическим ужасом.

Расстройства ФМ: основное чувство	Основное движение (попытка избегания)	Парадоксальное движение = активизм (попытка преодоления)	Динамика защиты при отсутствии бегства (тип агрессии)	Когда угроза побеждает (рефлекс мнимой смерти)
1 ФМ → тревожное	бегство	борьба	<i>деструктивная: ненависть</i>	паралич
2 ФМ → депрессивное	отступление	достижения	<i>ищущая отношения: ярость</i>	истощение, резигнация, апатия
3 ФМ → истеричное	создание дистанции	оправдываться, признавать других правы-	<i>отграничивающие: гнев/злость</i>	диссоциация (расщепление, отрицание)

		ми (переигрывание)		
4 ФМ → суицидальное и зависимость	позиция временщика	провокация, идеализация, фанатизм, «параэкзистенциальность»	<i>формирующая контекст:</i> агрессия ради забавы (вандализм, стремление вносить хаос), цинизм, сарказм	оглушение (анестезия)

Все формы *переживания внутреннего слома* (рефлексов мнимой смерти) можно в равной степени обнаружить в ПТСР, и они доминируют в клинической картине. Одновременно обнаруживаются рефлексы мнимой смерти всех четырёх фундаментальных мотиваций: паралич, апатия, диссоциация⁶ и анестезия. Только при тяжёлых расстройствах затронуты все слои экзистенции. Картина дублируется мобилизацией *основного* защитного *движения*, которое также касается всех четырёх фундаментальных измерений экзистенции: избегание (бегство), отступление, уход на дистанцию и «позиция временщика». Дополнительно и, словно бы, для усиления страха, содержащегося в ПТСР, также мобилизуется *активизм первой фундаментальной мотивации* — борьба — в форме интрузий, нагружающих снов, повторяющегося «оживления» травматического опыта и т. д.

Так как в этой одновременной мобилизации противоположных способов реагирования почти отсутствует продвижение в переработке травмы, неудивительно, что в 86 % случаев ПТСР способствует формированию *коморбидного диссоциативного расстройства* [Bremner et al., 1998 в Vermetten et al., 2000, 80]. Возникновение диссоциации можно считать сильной реакцией, когда отказывают «интегративные функции сознания, памяти, персональной идентичности, а также самовосприятия и восприятия окружающего мира» [Karfhammer, 2000, 152f.]. Это делает очевидным, что диссоциации присущи черты, характерные для ПТСР, такие как утрата себя и мира. Этот феномен, который раньше именовали истерическим неврозом, занимает *промежуточную позицию* между ПТСР и более глубоким личностным расстройством.

⁶ При сильной диссоциации в значительно большей степени обнаруживается травматизация, связанная с утратой доверия к людям, от которых человек зависит. Прежде всего, диссоциация обеспечивает возможность дальнейшего совместного проживания [например, детей в семье] [Freyd, 1996; DePrince & Freyd, 2001; Freyd, 2003].

5. Структура Я по Шарфеттеру

Мы установили, что ужас, которому человек подвержен в травме, взрывает привычную способность человека к переработке. При этом происходит перегрузка перерабатывающей структуры Я, которое и является местом переработки, интеграции или отделения впечатлений. Что же представляют собой эти структуры Я, которые не могут устоять перед переживаемым? — Для того чтобы показать, как действует патология, сначала необходимо коротко представить концепцию Я. В самом общем виде можно провести параллель между экзистенциально-аналитической концепцией Я и концепцией Я, используемой Шарфеттером.

Христиан Шарфеттер [Sharfetter, 2002, 72—116] называл Я «центром переживания и поведения, определяющим местонахождение в социальном контексте, мире; местом «входа» того, что приходит к человеку, местом связи настоящего, прошлого и будущего, местом переработки и отправки всего эфферентного» [там же, с. 73]. Это место, в котором «все эти функции удерживаются в единстве...» (там же).

Он выделяет различные измерения или аспекты Я, графически представленные им в виде концентрических кругов, где внутренние круги вписаны в периферийные, и, тем самым, в них содержатся.

1. Внутренним ядром этой схемы является **витальность Я** и опыт само собой разумеющегося «я есть» с его телесным присутствием и настроением [там же, с. 74]. В экзистенциальном анализе с этим базовым измерением человеческого бытия-здесь связана тема первого фундаментального условия экзистенции. Экзистенция начинается с этого базового опыта «я есть» или «я обнаруживаю своё присутствие в мире», благодаря которому к человеку впоследствии приходят сила и энергия — который становится основой «мочь-быть» и «мочь» вообще.

2. Далее следует **активность Я**: узнать себя как самостоятельного в своих действиях и восприятии; пережить, что это «я», который что-то узнаёт, чувствует, думает и т. д. — В экзистенциальном анализе этому измерению соответствует комбинация первой и второй фундаментальных мотиваций в познании силы собственного «мочь» и переживании витальности.

3. **Когерентность Я** — это опыт связанности, единства, соединения стремлений и сил в нашем бытии-собой. — В экзистенциальном анализе мы говорим о теме третьей фундаментальной мотивации — связанности с Я. Это согласованное переживание внутреннего единства, пронизанное неповторимостью и единственностью (основа отличия от других — см. ниже).

Сделаем здесь небольшую паузу. Если рассмотреть эти измерения на фоне ПТСР, то можно легко представить, что потрясение затрагивает именно эти измерения Я. Под воздействием силы вторжения упомянутое единство Я («связанность» переживания и поведения с Я) испытывает потрясение, и из-за чудовищности пережитого его значимость для жизни и наличие как чего-то само собой разумеющегося, по крайней мере, ставится под сомнение, если вообще не становится чем-то крайне относительным. Возможно ли ещё ощущать собственную «внутреннюю целостность», если жизнь так играет с тобой, что ей *больше ничего нельзя противопоставить*? Возможно ли ещё, пережив такую неустойчивость и крушение опыта в связи с миром, удерживать *внутреннюю* прочность? Мы можем себе представить, что травма противостоит активности Я, стирает её, даёт нам возможность узнать, что в решающих экзистенциальных моментах мы не являемся действующими лицами. Травма охватывает Я до основания, топографически внедряется вплоть до внутреннего ядра этой схемы. Больше невозможно пережить самостоятельное, реальное присутствие, естественное «я есть», полное чувства витальности и интенсивной настроенности. Оно становится застывшим, оглушённым, бесчувственным, неуверенным.

Немой, глубоко личный вопрос после таких катастроф звучит приблизительно так: «Есть ли ещё я, или же есть только эта сила, эта волна, эта жестокость, которая меня уже давно уничтожила?». *Бытие-Я в этой чрезмерно огромной реальности* кажется субъекту больше невозможным. Этот, на наш взгляд, главный феномен *переживания травмы* продолжает воспроизводиться в других измерениях Я. Это внутренний «отпечаток» непостижимого, переживания чего-то, чего «собственно говоря, не может быть» — теперь «и меня уже больше нет».

4. В четвёртом пункте описывается *демаркация Я*, способность отграничиваться от *не-Я*, что, с одной стороны, делает возможным формирование Я, а, с другой, создаёт контроль за реальностью. — В экзистенциальном анализе мы видим в отграничении Я *предпосылку* третьей фундаментальной мотивации и *формирования способностей Я: самонаблюдения*, самовосприятия, благодаря которому становится возможным отграничение, и которое, в свою очередь, благодаря отграничению, укрепляется посредством обратной связи (feedback). Эта граница с миром, граница, защищающая и формирующая Я, болезненно нарушается. Шарфеттер [там же, с. 74] отмечает, что в патологических случаях либо происходит образование стены, либо «беззащитное становится «затопленным» под воздействием ,не-Я' ,извне'». Именно это происходило в травме, это происходит снова и снова во флэшбэках.

5. Что происходит с *идентичностью Я*? Шарфеттер описывает её как опыт тождественности вне временных рамок: «... человек знает, что с рождения до настоящего времени он является тем же самым человеком, который может о себе сказать, я' [...] несмотря на изменение своего облика и облика мира в течение всей жизненной истории» [там же, с. 74]. Эта идентичность нарушается, из-за травмы она распадается на две части. Человек уже не узнаёт себя как того же самого, каким он был, он стал другим, он стал чужим себе. С этих пор существует «до того» и «после того».

6. В заключение он представляет *картину себя* как измерение Я: это то, что человек о себе думает, сюда же относится и *чувство самоценности*. Создаётся впечатление, что *напрямую травма не затрагивает* это измерение, но *косвенно*, оно, всё же, включено в этот процесс. Травмированный человек занят исключительно преодолением пережитого, у него нет сил для самоценности и нет к этому интереса. Теперь важнее элементарное.

7. *Сила Я* для Шарфеттера является результатом взаимодействия этих измерений. По его мнению, речь идёт об «очень глобальной конструкции» [там же, с. 77]. Особенность этой теории заключается в том, что *сила Я понимается как динамичное взаимодействие* различных функций Я», обладающих различными *качествами* (на что, между прочим, ещё в 1956 г. указывал Федерн, замечает Шарфеттер, признавая его заслуги). Шарфеттер полагает, что благодаря этому качеству взаимодействия отдельных функций Я становится понятной высокая *адаптационная способность Я и способность Я к синтезу*.

6. Структура Я в экзистенциально-аналитическом понимании

Экзистенциально-аналитическая концепция структуры Я, феноменологически разработанная в рамках персоналистического подхода, аналогична описанной Шарфеттером динамике силы Я. Предположительно эта параллель восходит к феноменологическому подходу в целом. В концепции экзистенциального анализа *сила Я* рассматривается в аспекте взаимодействия способностей, соответствующих *последним трём измерениям Шарфеттера*. Я обретает свою силу через формирование и использование специфических способностей, которые закладывают основу *бытия-самим-собой* [Längle, 1999 a, b, c; 2002 a, b, c]. В результате феноменологических исследований [например, Eckhard, 2000, 2001; Längle, 1999a, 2002 a, c, d] было установлено, что для этого необходимы три предпосылки.

1. Благодаря *самовосприятию* происходит формирование границы и отделение Я от 'не-Я', «собственного» от другого. Дифференциация границ и различий является основой любого *диалога*. Обмен возможен только там, где есть различие.

2. При *оценке себя* речь идёт об активности Я, которую легко обходят вниманием, но которую следует рассматривать как *определяющую для формирования Я*. Понимание, что человек как Person дан самому себе, подчёркивает способность к самопринятию, а также самодистанцированию [Frankl, 1996, 234 ff.; Längle, 1999 b,c; 2002 a; Tutsch, 2000]. Это существенное в бытии-*Person* несёт в себе необходимость *занятия позиции*. Через занятие позиции по отношению к самому себе укрепляется найденная *граница* и окружённое ей «*собственное*» «присваивается». Лишь в процессе оценки себя, то есть констатации того, что человек о себе думает, что из своих планов, способов переживания и действий он считает своим, подходящим, соответствующим ему, *Я консолидируется*. Таким образом человек может «встать рядом собой», внутренне отграничиться от самого себя, *принять себя всерьёз* таким, какой он есть, и помочь этому аутентичному Я *прорваться наружу*. Это *собственно интегративная активность*, закладывающая основу для идентичности Я.

Осуществление именно этой способности прерывается под воздействием *травматичного опыта*. То, что потрясает человека в переживании, ведёт к утрате целостности Я, и ставит его перед следующими вопросами: «Что же мне ещё всё-таки принадлежит? — Как я должен себя позиционировать перед самим собой, когда этот чудовищный опыт ставит под сомнение всё, что у меня было? Есть ли здесь вообще что-то моё «*собственное*», что принадлежит мне, и в последующую минуту не будет поглощено волной ужаса, как если бы это мне не принадлежало?».

3. Через *признание собственной ценности* самоинтеграция завершается. Здесь человек чётко определяется в отношении того, что может ценить в себе, утверждая, тем самым, *самоценность*. Благодаря этому чувство связанности с Я обретает кров, завершение: способность критически смотреть на себя переходит в *чувствование позитивного* в собственных решениях и действиях. Эта активность в особой степени способствует формированию самости.

В *травме* собственное действие парализовано или находится в тени событий и уже не имеет значения для субъекта. Тогда человек не может признать ценность собственных решений и действий. Тем самым, отсутствует завершение в формировании самости, что усиливает чувства *пустоты и отчуждения*.

Эти функции Я, конечно же, находятся во взаимодействии с «*быть-увиденным другими*», они вообще получают толчок в развитии лишь благодаря интеракции Я. Поэтому, если человек сталкивается с жестокостью со стороны других людей, эти функции Я в ещё большей степени затрагиваются, и их действие парализуется. Это может объяснить, поче-

му вероятность возникновения ПТСР после травмы, полученной в связи с жестокостью людей, в 10 раз выше, чем у жертв стихийных бедствий (40—65 % в ситуациях борьбы и при изнасиловании и менее 5 % при стихийных бедствиях) [см. Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, Nelson, 1995, цитируется по Friedmann, 2004, 14].

7. Воздействие травмы

В экзистенциальной теоретической модели воздействие травмы имеет двойную топографию. Из-за интенсивности происходящего возникает значительное изменение на **структурном уровне (ФМ)**, где человек экзистенциально закреплён, а также устойчивая блокада **процессуальной функции** в осуществлении экзистенции.

7.1. Воздействие на структуру экзистенции

Итак, в описанной выше модели Шарфеттера с её тремя основополагающими функциями Я обнаруживается аналогия с первыми тремя экзистенциальными фундаментальными мотивациями. Последующие функции Я, выделенные Шарфеттером, в нашей теоретической модели соответствуют предпосылкам формирования самости, то есть специфическим предпосылкам третьей фундаментальной мотивации. В качестве дополнения следует отметить, что в DSM-IV указано ещё одно тяжёлое воздействие травмы, а именно, чувство отсутствия перспективы [Vermetten et al., 2000, 74]. При более тяжёлом расстройстве — стойком изменении личности (МКБ-10) — упоминается ещё более интенсивная форма этого чувства: **безнадёжность**. С точки зрения экзистенциально-аналитической модели это означает, что в случае тяжёлой травмы структурно затронута также и **четвёртая ФМ** (при рассмотрении психодинамики мы обнаружили активизацию копинговых реакций и четвёртой ФМ).

На фоне описанной в международной практике симптоматиологии мы видим, что тяжёлая травма — рассматриваемая в экзистенциальной парадигме — **распространяется на все четыре фундаментальных условия экзистенции** и в значительной степени их блокирует. В свете этой модели можно сделать вывод, что среди прочего, последствия травмы настолько тяжелы потому, что она охватывает **все** структурные уровни бытия-здесь. Например, при неврозе воздействие травмы сфокусировано на **отдельной специфической** теме экзистенциальных фундаментальных условий. Темой ПТСР или устойчивого личностного расстройства является **экзистенция в её совокупности (целостности)**. Опыт тяжёлой травмы потрясает возможность бытия, блокирует отношения с жизнью, включая витальное ощущение ценности и переживание отношений,

разрушает функции Я так, что картина себя, идентичность и самооценку меркнут. В конечном итоге, травма лишает веры в будущее, развитие, способствующее осуществлению собственной жизни и действий [см.: Frommberger et al., 1999]. В отличие от личностных расстройств, таких как пограничное личностное расстройство, нарциссизм, гистрионное расстройство и т. д., затронуты не только главная и второстепенная темы, а в более или менее равной степени все темы.

Если воздействие травмы приводит к **стойким изменениям личности** (МКБ-10), то они, в итоге, представляют собой **фиксацию дефицитов всех четырёх ФМ**:

1 ФМ: враждебная/недоверчивая установка по отношению к миру;

2 ФМ: уход из социума;

3 ФМ: чувства пустоты;

4 ФМ: чувство безнадёжности; хроническое чувство нервозности (трактующееся как эквивалент активности, не приносящий результата).

Фиксация во всех измерениях экзистенции также объясняет высокую *коморбидность* ПТСР со страхом, депрессией и диссоциативными расстройствами (70—85 % по данным *Kapfhammer* [Kapfhammer, 2000, 157]; и 86 % по данным *Vermetten et al.* [2000, 79], соматическими расстройствами и расстройствами, связанными с употреблением наркотических веществ [Vermetten et al., 2000, 78]). С точки зрения теории экзистенциального анализа эту уязвимость можно объяснить ослаблением структуры фундаментальных мотиваций, при этом акцент делается на свойствах личности, предыдущем опыте, прямом воздействии травмы и т. д. Здесь и начинается развитие обусловленных травмой специфических личностных расстройств, среди которых на первом месте стоит пограничное личностное расстройство.

Интересную мысль по поводу воздействия тяжёлой физической травмы на экзистенцию человека высказала российский экзистенциальный аналитик Наталья Игнатьева [Ignatjewa, 2005], которая в течение многих лет работает в Москве в нейрохирургической клинике с пациентами, перенесшими тяжёлую черепно-мозговую травму.

Тяжёлая физическая травма, которая сопровождается угнетением сознания (вплоть до полной его утраты), серьёзными соматическими проблемами и значительным снижением активности, редуцирует контакт человека с внешним миром и отбрасывает его к самому себе. Первично разворачиваясь в телесном измерении, она разрушает все фундаментальные соотношения человека вплоть до самой глубокой основы экзистенции, когда человек не способен «ухватить» своё Я даже на физическом уровне и ощутить своё физическое присутствие «я есть здесь». Он теряет чувство в отношении собственных физических границ. При

подобной экзистенциальной катастрофе он утрачивает доступ к фундаментальным экзистенциальным структурам и не может проживать своё бытие в мире, свою витальность, бытие собой и тем более формировать горизонт будущего. Существующая физическая беспомощность делает человека зависимым от других. Если при этом в отношениях с окружением отсутствуют обращение и диалог, то раскол и дефект, полученный человеком в результате травмы, лишь амплифицируется, его личность уплощается в сторону социальной желательности.

7.2. Воздействие на уровень процесса

Если человек испытывает дефицит в структурных элементах экзистенции, то нарушается процесс переработки внешних и внутренних впечатлений. Под воздействием травмы он утрачивает *доступ к своим ресурсам на уровне Person* и, таким образом, к *активности* собственного Я. В отношении функций Я травма может рассматриваться как *шок способности обходиться с чем-то*, который ведёт к *полной блокаде Я*. — В экзистенциальном анализе способность Я обходиться с чем-то описана в методе персонального экзистенциального анализа (ПЭА) [Längle, 1993, 2000]. Тем самым, тяжело травмированный человек не просто переживает потрясение всех фундаментальных измерений экзистенции, но одновременно — это и затрудняет лечение травмы — находится в «*затяжном параличе ПЭА*». Впечатление настолько овладевает им, что он не может ухватить первичную эмоцию, не говоря уже о всё взрывающем феноменальном содержании, понимании, занятии позиции, формировании воли и, в конечном итоге — адекватном выразительном поведении — все элементы переработки *Person* подвергнуты мощному воздействию впечатления. Вместо переработки на гребне первичной эмоции снова и снова всплывают *старые* картины. Вскоре они заменяют чувство, и возникает всё более и более охватывающее человека эмоциональное онемение. Появляются безучастность, апатия, ангедония. Деятельность становится реактивной, в ней доминирует поведение избегания. При этом человек как будто бы закован в лёд и заморожен. Его попытки стать активным, несмотря на состояние замурованности, приводят лишь к нервозности, раздражению, гипертоническому возбуждению — это симптомы сопротивления, охватывающего человека. И всё же, это симптомы жизни, которая всё ещё находится в движении, проявляет себя. Их можно было бы назвать «*стуком Я*», которое в условиях продолжающейся психической угрозы реагирует чрезмерной пугливостью, повышенной бдительностью и бессонницей (см. перечень симптомов в МКБ-10).

Проблема ПТСР состоит в том, что здесь речь идёт не о *процессе* страдания, а о *состоянии* страдания. Собственно говоря, ПТСР — это неспособ-

ность прийти к страданию при таких условиях. Здесь на пути к разгрузке от невыносимой, интенсивной боли в большей степени присутствует паралич, чем страдание, аналогично депрессии, которая в большей степени ведёт к застыванию в состоянии, подобному грусти, чем к самой грусти. *Застывание* при ПТСР коренится в утрате закреплённости в фундаменте экзистенции. Это переполненность в связи с опытом: 1. потрясения, 2. утраты, 3. боли и 4. непостижимости, в соответствии с четырьмя фундаментальными структурами экзистенции, как было описано выше. Поэтому *травматический стресс* возникает не из-за *переработки* страдания, а из-за неспособности продвинуться вперёд в этом необходимом процессе.

а) Затруднённая переработка

Любая адаптация к новой ситуации требует *психической силы* и *духовно-го присутствия*, особенно, если это касается утраты или смерти близкого человека. Для такой обработки нужны обращение и время, в течение которого человек погружается в воспоминания и видение будущего. Обработка травм осуществляется по тому же принципу, что и обработка проблем, утрат, страдания: необходимо разместить Я в новой реальности, вновь ухватить собственную *живость*, во взаимообмене с новым реструктурировать картину себя и идентичность и предчувствовать *горизонт смысла*, т. е. внести новое в наполненный смыслом, более широкий контекст.

Особенность при *обработке травмы* заключается в слишком сильном воздействии происходящего, из-за чего *Я не может стабильно осуществлять свою активность*. Его снова и снова переполняет массивность события. Любая попытка обработки заканчивается *приступообразным* сопротивлением и атакой, направленной против этого сверхмасштабного разрушения. Но затем эмоционально и когнитивно человек старается не обращать внимания на это событие, не хочет вспоминать о нём, даже избегает его, чтобы хотя бы ненадолго благодаря возникающему *онемению чувств* испытать состояние покоя, а не вновь вынужденно проходить в своих воспоминаниях через травматический опыт. И всё-таки, динамика жизни не даёт покоя, требуя реструктуризации своей формы и способностей. Подходящей телесной аналогией для этой психической ситуации могут служить *рвотные позывы* и сопровождающие их коликообразные боли, возникающие после приёма испорченной пищи. Подобным образом травмированный человек страдает от «рвотного позыва и рвоты в связи с тем, что не может переварить». При этом к нему приходит судорожное, лишшающее сил бороться, заполняющее и делающее пассивным представление о происходящем.

Особенностью ситуации травмированного человека является застревание в этих психических конвульсиях — он не *может* по-настоящему

переработать пережитое из-за недостаточности структур Я, и одновременно, ему не *нравится* над этим работать, так как чувства слишком интенсивны. Таким образом, травмированный человек не подходит к процессу переработки, а продолжает удерживаться в витальных *копинговых реакциях*, защищающих его от невозможности что-то *принять*, и даже выдерживать (1 ФМ), от необходимости вступать в отношения с этим чистым разрушением при имеющемся у него дефиците силы и *отсутствии ценности* пережитого (2 ФМ). Возникает чувство, что в жизни он не способен удерживаться в непосредственном соприкосновении с пережитым, что в таком мире он больше не может *быть так*, как раньше, и уже не знает, кем он, собственно говоря, является (3 ФМ). Разрушающий драматизм происходящего не оставляет свободного пространства для поступательного развития, надежды на то, что будет что-то *конструктивное*, которое можно противопоставить такому масштабу разрушения.

Венская поэтесса Иоганна Феттер [2005, 30] облекла это в очень понятные наполненные страданием слова:

ВСЁ ЕЩЁ
И ВНОВЬ И ВНОВЬ
ЗАПЕРТАЯ ДВЕРЬ ОТКРЫВАЕТ
ШАХТУ С ОПРЕДЕЛЁННОСТЬЮ НЕИЗБЕЖНОСТИ
ОКОНЧАТЕЛЬНОЙ ПОТЕРЯННОСТИ
НЕПРОНИЦАЕМЫЕ ЛЕДЯНЫЕ СТЕНЫ
НАСИЛЮЮТ ДЫХАНИЕ
РАЗЛАГАЮТ ЦВЕТА НА СЕРЫЕ ТОНА
ПРОГЛАТЫВАЮТ «СЕЙЧАС» И «ПОТОМ»
В «ДО ТОГО»

б) Последствия травмы

Препятствия в персональной обработке пережитого снижают диалогический обмен также и в базовых экзистенциальных соотношениях. Ослабление четырёх фундаментальных экзистенциальных измерений следующим образом воздействует на экзистенциальный процесс.

1. Пережитое уничтожает чувство относительно возможности *истинного, эффективного «бытия-здесь»* в мире. Утрачивается почва для бытия в мире. Эта утрата *соотношения с миром* находит своё выражение и в изменённом, ослабленном переживании собственной *телесности*.

2. Ещё одно последствие — блокада *внутреннего резонанса* в переживании. Способность к чувствующему со-движению сужена, *эмоциональная* связь с ценностями как будто бы разорвана. Тем самым, в переживании отсутствует витальное соотношение, благодаря которому в него

приходит *чувство времени* — у травмированного человека оно как будто бы стёрто: отсутствует структура последовательности процессов, травма остаётся в настоящем времени.

3. Пережитое блокирует *запечатлевание и способность внутренне удерживать ужасное в качестве вивави*, так как из-за огромного масштаба произошедшего человек не способен по-настоящему осознать его и размышлять о нём. По этой причине он не может понять случившееся или занять интегрирующую позицию. Пережитое остаётся «вовне», чуждым для Я без права стать собственным и быть частью экзистенции.

4. *Отсутствует обзор*, открывающий взгляд на *будущее, достойное проживания*. Это происходит как из-за содержания впечатления, которое возникает от постоянно охватывающих парализующих человека воспоминаний, так и из-за ослабленных персонально-экзистенциальных структур. Рамки, в которых сейчас располагается жизнь, подобны пустыне без горизонта ценностей или развития, которое могло бы привести к смыслу.

Этой «экзистенциальной пра-диссоциацией» (которая затем повторяется симптоматикой, подобной состоянию фуги) травма взрывает все дающие структуру *взаимодействия с базовыми измерениями экзистенции*. Четыре фундаментальных экзистенциальных соотношения блокированы: такой мир больше не *несёт*; такая жизнь утрачивает свою привлекательную *силу* и тепло; если человек становится чужим самому себе, то у него отсутствует *доступ к самому себе*; а также к миру, в котором ценное неожиданно в любой момент может быть разрушено самым ужасным образом. Такое будущее становится *пустым*, в нём нет *наполненного смыслом становления* и роста.

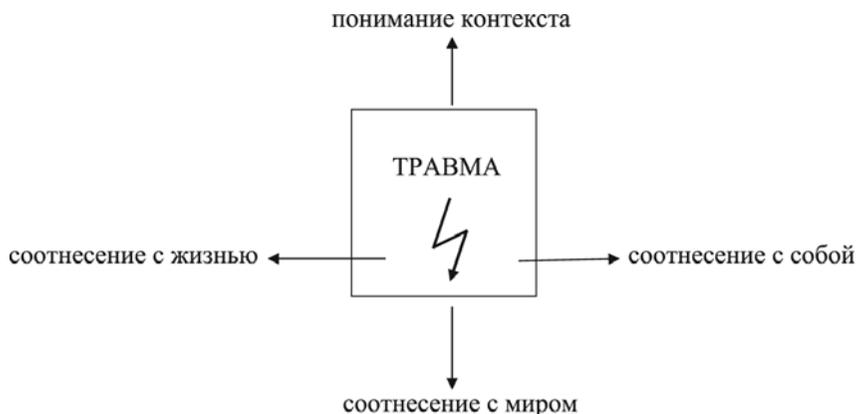


Рис. 1. Травма взрывает экзистенциальную связанность, которая системно представлена в концепции четырёх базовых измерений (фундаментальные мотивации)

Травма взрывает экзистенциальную связанность во всех значимых измерениях экзистенции, и, тем самым, отнимает у Я почву для осуществления процесса переработки (как он представлен в ПЭА), из-за чего экзистенциальное исполнение становится невозможным.



Рис. 2. Взаимосвязь между структурой экзистенции и способностью переработки можно представить следующим образом: способность Я к процессу покоится на опыте в связи со структурой. Если опыт в связи со структурой ослабевает, процессы больше невозможно осуществить полностью

Это пересечение структуры и процесса ещё раз показывает, насколько тяжёлым с экзистенциальной точки зрения может быть ПТСР. Осуществление экзистенции нарушается во всём диапазоне базовых экзистенциальных измерений, и процессуальная функция лишается своей основы. И наоборот, уровень процесса, к которому предъявляются чрезмерные требования, оказывает обратное дестабилизирующее и блокирующее воздействие на базовые экзистенциальные соотношения. Тем самым, в ПТСР происходит «*нарушение собственного со-бытия*». Это переживается как «утрата себя» с чувством чуждости, которое мы понимаем как симптом третьей ФМ: утрату доступа к собственному бытию-*Person*, «*бытию-с-собой*». ПТСР ведёт к значительному нарушению целостности и *интегративной потенции Я*, из-за чего Я становится лишь тенью самого себя.

в) Копинговые реакции

При такой сильной угрозе бытию-здесь защитные структуры не выдерживают, и у психодинамики остаётся последний возможный уровень защиты: *рефлекс мнимой смерти*. Будучи потрясённым, человек инстинктивно ощущает пассивное спокойное поведение как последнюю возможную защищающую его активность, как шанс выжить. Лишь вторично возникают основные движения экзистенциальных измерений и

активизм первой фундаментальной мотивации — указание на то, что ПТСР топически ближе всего расположено к *страху* и соотносению с миром⁷. Массированное возникновение (психодинамических) копинговых реакций происходит в ущерб (персональному) диалогу с самим собой и внешним миром.

8. Реструктуризация функций *Person* как основа терапии

Мы видели, что последствием масштабного застывания и блокады силы *Person* становится утрата экзистенциального закрепления. Базовые соотношения с опорными структурами экзистенции утрачиваются, а фундаментальные условия исполненной стабильной экзистенции не могут быть восстановлены из-за отсутствия динамики процесса.

Самое глубокое воздействие травмы заключается в нарушении *фундаментального доверия*. Тем самым утрачивается чувство, что «всегда есть что-то, что нас подхватит и даст опору». Фундаментальное доверие — это чувство «чего-то большего», что превосходит человека и подхватывает его (мир, космос, божественный порядок). До травмы он мог на это полагаться. Эта величина ощущалась им и давала психическую и духовную опору, ориентацию, непоколебимость (разочарование при социальных травмах, связанных с предательством (betrayal trauma), Фрейд [Freud, 2003] называет нарушением доверия из-за неверности и предательства).

Помимо фундаментального доверия также подвергаются потрясению и другие несущие экзистенциальные соотношения, они словно бы «срываются с петель»: базовые соотношения с жизнью, собственной персональной глубиной и с достойным будущего развитием. Они также не могут быть укреплены из-за отсутствия переработки на уровне *Person*. Чтобы инициировать этот процесс, требуется *помощь извне*. На этом фоне становится понятно, что травмированному человеку нужен другой, и что у него возникает огромное чувство потерянности, когда он остаётся один. Уже одно только присутствие другого человека может быть полезным, потому что другой «не уйдёт прочь», а выдержит этот ужас вместе с ним, и при этом не будет проводить дальнейших профессиональных интервенций.

⁷ В качестве сравнения: создаётся впечатление, что при неврозах первично фиксируются реакции первой и/или второй категории защит, при личностных расстройствах фиксируются реакции четвёртой и второй категории [рефлекс мнимой смерти и активизм]; при психозах человек преимущественно реагирует только четвёртой категорией копинговых реакций [рефлексом мнимой смерти].

Рёдхаммер [Rödhammer, 2002] впервые в ходе эмпирического исследования сорока жертв автомобильных аварий внесла ясность в вопрос о позитивном влиянии персонально-экзистенциальных компетенций на обработку травмы. Пострадавшие с низкими показателями по «Шкале экзистенции» [Länge, Oetger, Kundi, 2000] реагировали на аварию размышлениями, диссоциацией, избеганием и негативными мыслями о себе. Автор рассматривала снижение способности к обработке травмы как последствие уменьшения открытости тому, чтобы довериться встречающему визави. Возникновение депрессивности, тревожности, агрессивности или психотичности является признаком усиления дисфункциональности в обработке травмы, что вполне естественно при дальнейшем сокращении диалогического обмена с окружающим миром.

Реструктуризация персонально-экзистенциальных компетенций, т. е. *специфическая* терапия, может быть систематизирована на основании фундаментальных структур экзистенции. Основываясь на их содержании, можно обозначить следующие темы терапии (табл. 2).

Таблица 2

В соответствии с испытанными потрясения измерениями экзистенции (экзистенциальные фундаментальные мотивации) возникают конкретные темы для лечения травмы или ПТСР

Систематизированные пункты терапии	Конкретные темы терапии
1. Соотнесение с реальным <i>фактическим миром</i> и его восприятием	Нарушенная картина <i>действительности</i> ; доверие, отсутствие способности нести (выдерживать) действительность (базисные убеждения в отношении действительности)
2. Соотнесение с <i>переживаемыми ценностями</i> и их восприятие в аспекте чувств	Неспособность вступать в <i>отношения</i> ; утрата прочности отношений, которые давали опору, и их ценности, сохраняющей жизнь; апатия, недостаток мотивирующей силы, чувство вины
3. Соотнесение с <i>собственной самостью</i> и интегрирующими способностями Я	<i>Слабость в принятии решений</i> ; установки и позиции покорности, стыд
4. Соотнесение с более крупным контекстом и участие в развитии/росте/становлении (изменение в позитивную сторону)	<i>Отсутствие ориентации</i> , бессмысленность, отчаяние, безнадёжность

Как следствие этого «экзистенциального искоренения» возникают конкретные темы. Коротко раскроем их.

1) Сначала это глубокая **неуверенность** в «бытии в мире»: травмированный человек экзистенциально запутан, он «больше не ориентируется». Он уже не знает, что «действительно есть», и на что он может положиться. Эта экзистенциальная неуверенность вызывает чувство, что *в любое время* снова может произойти *катастрофа* и отнять всё надёжное, близкое, знакомое. Имевшиеся до сих пор убеждения относительно действительности, её надёжности и целостности разбиты [Janoff-Bulman, 1992] описывает это как крушение базисных убеждений — «схем» — о внутренней и внешней действительности, которые теперь утратили свою силу]. Пережитое в такой степени разрушает доверие к реальности, что приводит травмированного человека на *грань психоза*⁸ — что является действительностью? Можно ли доверять действительности, из которой ты внезапно вываливаешься, подобно падению в страшную пропасть с обрыва, которого не заметил? — Чувства, которые человек испытывает по отношению к миру, — *недоверие, безнадёжность*: он не может дать этому быть, так как не доверяет, что будет хорошо, и что это даст ему опору.

2) **Глухота в аспекте чувств**, утрата переживания. Внутренняя затронутость становится невыносимой для человека, так как она сразу же может разбередить неопишное страдание. И даже если речь заходит о чём-то прекрасном, хорошем, что могло бы позитивно затронуть травмированного человека, — он не может/не хочет идти на это, потому что в любой момент есть вероятность внезапного и безжалостного уничтожения этого, что окончательно загасило бы в нём только что вновь вспыхнувшую искру жизни. Это как раз и делает человека неспособным пойти на отношения, навстречу жизни. Состояние апатии, когда человек удерживает себя подальше от какой-либо затронутости, будучи заключённым в защитную оболочку, помогает лучше выдержать страдание и уменьшает опасность ретравматизации. При этом иногда больше всего мучений доставляет чувство собственного фиаско, вызывающее у пострадавших от травмы *нереалистичное чувство вины*.

3) **Потеря идентичности** в той или иной степени обычно возникает как следствие *нарушенной интегративной способности Я*. Утрачивается знание о себе: человек больше не знает, кто он, потому что существовавшие до этого возможности Я теперь отсутствуют ([van der Kolk & Fisler, 1995] говорят о разрушении эксплицитных воспоминаний, определяющих самость). Интуитивное переживание смешивается, «мелькает», не даёт стабильной картины себя. Травмированный человек лишается уп-

⁸ В отличие от психоза здесь, конечно же, сохраняется чувство реальности.

равления, утрачивает установки и позиции. Чувство собственного фиаско и ранености в своей персональной глубине становится более интенсивным, превращаясь в *стыд*.

4) В конечном итоге, травмированный человек впадает в *отчаяние, безнадежность* и страдает от *утраты смысла*. Он видит себя вырванным из *взаимосвязей*⁹, словно он больше уже не включен в упорядоченный космос, а раздавлен хаосом и разрушением. Проведя мета-анализ, *Smyth* [Smyth, 1998] обнаружил, что основополагающим для приобретения нового опыта является *понимание смысла*. Тот факт, что вопрос о смысле пережитого занимает людей ещё на протяжении последующих десятилетий после травматического события, был обнаружен в ходе исследования, проводившегося в Канаде [Silver, Boom, Stones, 1983]. Восемьдесят процентов женщин спустя 20 лет после сексуального злоупотребления всё ещё ищут ответ на вопрос о смысле случившегося; из них 50 % переживают этот вопрос как возвращающуюся вновь и вновь и бередящую раны навязчивость (и наоборот, симптомы ПТСР, как в заколдованном круге, снова приводят к страданию из-за бессмысленности — Wirtz, 1989, 152). *Перспектива роста и созревания*, хорошего завершения жизни, собственного творчества (действия) и бытия-здесь похоронена под развалинами произошедшего. Собственно, после такой травмы нет будущего, больше нет ничего, на что можно быть *направленным* и для чего хотелось бы жить, в чём можно раскрыться и прийти к *исполнению*.

Возможности развития утрачиваются вдвойне: в обхождении с миром и другими доминирует угроза — *внутри* отсутствует какая-либо основа, сила для развития уже больше не ощущается, также нет силы и структуры для осуществления процесса. Чувство отсутствия экзистенциальной перспективы, «обрыва нити жизни» может вылиться в *отчаяние и безнадежность* как отсутствие доверия тому, что в будущем станет *хорошо*.

Последствия этого «*экзистенциального опустошения*» таковы, что в терапии ПТСР (как, впрочем, и при многих тяжёлых личностных расстройствах) мы видим у пациента некоторое подобие *бездонности (отсутствия почвы)*. Ей соответствуют нейроанатомические, нейробиологические, нейрофизиологические и нейропсихологические изменения, такие как: повышенная активность амигдалы (нарушение мира чувств), уменьшение объёма гиппокампа, ухудшение регуляции в орбитофронтальном кортексе (которая, вероятно, связана с особой уяз-

⁹ *Van der Kolk & Fisler* [1995] указывают на критическую роль травмы для жизненного контекста, который «деформируется», вследствие чего путаются все установленные жизненные взаимосвязи.

вимостью в отношении ПТСР) и т. д. [см., например, Hüther, 1997, 2002; Stein et al., 1997; Schore, 2001; Kent et al., 2003]. Только возникающее новое понимание, попытки упражняться, улучшения вновь рушатся, и опять возвращаются старые симптомы, картины, способы поведения, реакции и прежнее понимание. Ясность чувств, выработанная в ходе терапевтических сеансов, намерения, мотивации и решения утрачиваются, как только пациенты оказываются дома. Мой коллега Ханс Цайрингер однажды сравнил утрату этих структур с последствиями *апоплексического удара*: терапевтические меры после инсульта могут возыметь силу и начать действовать лишь по мере регенерации неврологической структуры. Некоторые пациенты, перенесшие апоплексический удар, выздоравливают полностью, у других остаётся перманентное повреждение. Для понимания и практической работы полезно аналогичным образом рассматривать и психические процессы при ПТСР [см. также Hüther, 2002]. Не стоит недооценивать обратное воздействие этой упорной стагнации в терапии и на самого терапевта. В контрпереносе быстро возникает чувство беспомощности и некомпетентности. Это требует от терапевта больших усилий, истинного признания ценности своих способностей и сохранения доверия самому себе [van der Kolk et al., 1996].

9. Путь к диалогу

Для того чтобы с самого начала обрести почву в терапии, на наш взгляд, необходимо работать над диалогом и вести пациента на различных уровнях. Через диалог, с одной стороны, травмированному человеку предлагается структура, а с другой, стимулируется и пробуждается его *способность* к осуществлению *процесса переработки*. Построение диалога важно не только из-за наличия имплицитного *поведения избегания*, но также по причине ассоциативного функционирования *травмированной памяти*, которая не формирует контекста (в когнитивно-бихевиоральной модели оба эти проявления, вместе с уже упомянутым постоянным чувством угрозы вследствие чрезмерно негативных оценок, считаются фактором для возникновения ПТСР — Ehlers & Clark, 2000). *Esterling* и другие авторы [1999] указывают, что терапия без диалога или записи, осуществляемая пациентом в одиночку без дальнейшего обсуждения, оказывает больший вред, чем ее полное отсутствие.

Stephens [2002] приводит обобщение результатов многих исследований с достаточным количеством статистических эмпирических данных, подтверждающих, что препятствия в разговоре о травме ухудшают пси-

хическое и физическое здоровье. Другие исследования с достаточным количеством статистических данных показывают, что беседы (или записи) о травме, положительно влияют на психическое и физическое здоровье. *Pennebaker, Mayne* и *Francis* [1997] полагают, что при проговаривании и письме речь идёт о двух независимых процессах, которые могут протекать параллельно: в первом случае это потребность создать историю или объяснить событие, во втором — в большей степени необходимость назвать чувство.

Для того чтобы после травмы вновь заниматься миром, очень важен толчок со стороны *Ты*. Потрясённому, умолкнувшему человеку необходим кто-то, кому он может доверять, кто ему близок, кто его ценит и ведёт, а также идёт ему навстречу, а иногда его ограничивает¹⁰, и верит за него в развитие и будущее. «Ты» воплощает, таким образом, *противоположный полюс состояния пациента*, идёт ему навстречу со своей «*экзистенциальной укоренённостью*» и в определённой степени компенсирует её отсутствие у пациента и показывает ему её. [Stuhr, Wirth, 1990]. Благодаря установке терапевта и трансляции диалога *персональное застывание* постепенно растворяется. Это становится возможным благодаря новому укоренению экзистенциальных структур. Тем самым, возникшая как следствие травмы аперсональная блокада становится «*персонированной*», пронизанной *Person* [van der Kolk, McFarlane, Weisaeth, 1996]. Особое внимание здесь нужно обратить на то, чтобы не форсировать процесс — иначе может произойти ретравматизация [Roderick, Schnyder, 2003]! В большей степени имеет значение рост структуры во всех экзистенциальных областях — она же, в свою очередь, всё больше освобождает способность к процессу. *Какие* экзистенциальные структуры «растут» в первую очередь — имеет ли это некую закономерную последовательность, или же соответствующая личность пациента и/или терапевта от случая к случаю «растёт» по-разному, ? предстоит, насколько нам известно, ещё изучить. Это также касается вопроса о том, как формирование структуры воздействует на функции Я и их освобождение.

Главным для терапии является построение конструктивного *внутреннего диалога*. Хороший толчок этому даёт доверительный эмпатичный *внешний диалог*, который служит моделью и прокладывает путь для вну-

¹⁰ *Lutgendorf* и *Antoni* [1999] считали, что опасность интрузий и негативных настроений увеличивается с возрастанием числа используемых слов при письме — является ли это симптомом диссоциативно-гистрионной переработки, которая требует сдерживания со стороны визави?

тренного диалога¹¹. Для того чтобы человек стал говорить, в его личной истории развития ему необходима встреча с другим. При ПТСР в экзистенциальном плане человек начинает «как будто бы сначала», и для этого ему нужен другой, чтобы найти доступ к себе, испытать доверие к собственному телу, распознать чувства как свои собственные, сформировать новую идентичность и отправиться в будущее. Те, кто был травмирован злоупотреблением, в определённой степени нуждаются в надёжных, доброжелательных, защищающих отношениях, в которых они как в зеркале смогут увидеть силу собственной *Person*, чтобы снова найти доступ к себе и увидеть себя. Пациенты, пережившие злоупотребления, помимо разрушенной картины мира, как, например, при стихийных бедствиях, имеют ещё и прямое *разрушение картины себя*: какими их видели, как с ними обошлись — идёт вразрез с любой возможной формой самопринятия. Поэтому эти пациенты снова и снова теряют себя, уже больше не видят себя, моментально переживают утрату себя, как когда-то они уже переживали это в актуальной ситуации, например, если знакомый человек схватит их за руку, то они могут пережить это как насилие [May, 1972].

Помимо нарушений самовосприятия из-за постоянной утраты себя могут появиться сильные *обратные психодинамические реакции*. Снова и снова утрачивать себя — это повторяющийся, болезненный, ретравматизирующий опыт «невозможности стоять-за-себя». У травмированного человека для этого отсутствуют структурные предпосылки, он переживает собственное фиаско, вследствие чего возникает ненависть к себе и обесценивание себя. Без визави, который видит его и *удерживает за него структуру*, такой человек вряд ли уже сможет выйти за пределы заколдованного круга. Ему нужен внешний диалог в качестве пищи для душевного и духовного роста, для построения истинного, а также соотвествующего себе и ситуации внутреннего разговора. Внутренний разговор необходим, так как лишь благодаря ему реализуется то, что было получено, а то, что было предоставлено, интегрируется в собственное Я.

¹¹ Например, *Janoff-Bulman* [1992]; о значении речи как формировании структуры для процесса лечения [см. *Pennebaker, Mayne and Francis*, 1997]; а также когда пациенты пишут о своём страдании в связи с травмой [ведут дневник, делают записи], это улучшает их состояние. Это можно измерить: количество посещений врача сокращается, они меньше болеют. Но записи помогают только в том случае, если при этом пациенты способны что-то чувствовать [м. б. они плачут] [*Pennebaker*, 1992; *Pennebaker and Beall*, 1986]; см. также мета-анализ *Smyth* [1998], который, несмотря на расходящиеся результаты, в сумме приходит к тому же выводу.

10) Практическое руководство к терапии

В заключение следует перечислить и оценить конкретные области практической работы, для которых — согласно экзистенциально-аналитической структурной модели и выводам в отношении пострадавших от травмы специфических структур Я — предлагаются следующие психотерапевтические шаги.

1. Реальность (соотнесение с миром):

Работать над базисными убеждениями («core assumptions») (т. е. над «картиной мира», которая есть у человека); работать над *дающими опору* структурами, упражняться в них, прежде всего, работать над *принятием* данностей (в соответствии с I ФМ).

2. Ценности и отношения (соотнесение с жизнью):

Обращение: использовать терапевтические отношения, функция которых состоит в обеспечении структуры (и обычно в начале терапии пациент «проверяет» их на надёжность, поэтому это требует активного вклада со стороны терапевта — см., например, Grassmann, 2004, 46f.); пошагово с осторожной (!) эмпатией включать в беседу *чувства* (с «минимальным отличием» от травматического опыта — там же); в отношениях *быть на стороне пациента* [Wirtz & Zobeli, 1995] и занимать позицию.

3. Реструктуризация самости (соотнесение с собой):

Встречая, терапевт *ведёт за собой* пациента; работа над реализацией маленьких шагов свободы и самостоятельного формирования жизни; сделать возможным и подвести к *занятию* собственной *позиции*. В центре находится процессуальная работа с помощью *ПЭА* для пошаговой обработки травмирующих событий. *Hyer & Brandsma* [1999] подчёркивают, что одной только работы с травмой недостаточно, в большей степени следует работать с человеком как *Person* и его картиной себя.

4. Восстановление соотнесения с контекстом (соотнесение со смыслом):

Экзистенциальный поворот и раскрытие *ситуативного смысла* [Frankl]; *онтологический смысл* и духовность [Wirtz & Zobeli, 1995]; вернуть непонятое «вторгающейся реальности».

Такой подход, в первую очередь, содержит *реструктурирующие* элементы. После опустошительного воздействия травматического переживания мобилизация и использование ресурсов представляют собой основу терапии. Сначала следует сделать самое необходимое для выживания и создать для себя немного свободного пространства. При этом в качестве предпосылок для посттравматического развития («posttraumatic growth») [Jaffe, 1985; Calhoun, Tedeschi, 2000; Tedeschi, Calhoun, 2004] могут быть рассмотрены экзистенциальные фундаментальные мотивации и ресурсы *Person*, что близко исследованию о воздействии экзис-

тенциальных базовых способностей [Rödhammer, 2002]. Рост (развитие) в связи с травмой несёт в себе массу возможностей, таких как, например, большее признание ценности жизни в целом, наполненные большим смыслом человеческие отношения, отчётливое ощущение силы собственной Person, изменение приоритетов, более богатая экзистенциальная и духовная жизнь [Tedeschi et al., 2004, 1].

И всё же, не следует упускать из виду, что *конфронтация* с травмирующим переживанием и его обработка представляют собой критический момент в терапии травмы [для обзора см. Schnyder, 2005, 496ff.]. Без предшествующей разгрузки и мобилизации ресурсов (например, переживания новой опоры, нового отношения к ценностям и эмоциональности) может произойти *ретравматизация*. Конечно же, терапевт, испытывает желание помочь пациенту надолго или окончательно освободиться от своего страдания. Терапия в большей степени должна воздействовать на причину, чем избавлять от симптомов. Это честолюбие терапевта или неосозанный контрперенос желания пациента вылечиться нередко приводят к тому, что работа с травматическим переживанием начинает осуществляться чересчур напористо (решительно), прямо и слишком рано [Roderick et al., 2003]. Всё же надо осознавать, что некоторые тяжёлые травматизации *не подлежат обработке*, и в таких случаях можно лишь «несмотря» на это переживание или «вместе» с этим переживанием учиться обретать твёрдую почву в новой, изменённой жизни. Иногда речь идёт только о том, чтобы использовать оставшиеся возможности, и построить что-то *рядом* с руинами. Об этом говорит Виктор Франкл своим знаменитым «*несмотря ни на что* сказать жизни “Да”». Согласно моему опыту и моим представлениям, почти невозможно до такой степени обработать травму, чтобы внутри стало *совсем спокойно* и ничто не причиняло бы боли. Такой чудовищный опыт *никогда не утратит своей чудовищности* — иначе травматизация и ужас были бы просто преувеличенной реакцией и были бы лишены своей значимости и экзистенциальной глубины.

Начинать процесс обработки можно только тогда, когда у пациента *будет достаточно структуры*. Например, для смягчения интрузий, их обработку следует производить после формирования структуры. Если во время терапии удалось добиться того, что пациент под воздействием интрузий не чувствует себя полностью потерянным, можно начинать обработку травмы, например, с помощью ПЭА. — Осторожное применение ПЭА указывает нам, наступил ли момент для обработки травмы. Об успешном преодолении травмы пишут *Simonet & Daunizeau* [2002]: «Опыт может быть интегрирован без отрицания роли жертвы и может привести к изменению идентичности. Эти люди, умирают в отношении

самих себя, чтобы снова родиться — другими. Осознавая свою ранимость и непрочность своего внутреннего и внешнего мира, они достигают более глубокого смысла и способны больше ценить данное мгновение» [цитата по Lavallee & Denis, 2004].

Если при обычных психических расстройствах проблему представляю-т одно или два фундаментальных условия экзистенции, то при переживании травмы вся экзистенциальная основа словно бы «сорвана с пель-тель» сверхмощной волной. Поскольку ни один из «четырёх корней» эк-зистенции больше не является опорным и не способен питать бытие-здесь, то сначала в терапии даже не за что зацепиться, чтобы «обеспечить тыл» при проведении интервенций. Это одновременное нарушение всех измерений бытия-здесь объясняет *комплексность* терапии травмы и спонтанную беспомощность перед жертвами, как психотерапевта, так и всех помогающих лиц. Это могло бы объяснить, почему психиатрия и психотерапия в течение многих десятилетий обходила вниманием воз-действие травмы. В своём обращении к «психологии концлагеря» Франкл [1946, 1996] был первопроходцем, и он указал, что для преодоле-ния ужасного переживания необходимо заниматься смыслом в духовном аспекте. И всё же вплоть до 90-х годов прошлого столетия Франкла с его «духовной психологией» почти не воспринимали всерьёз. Эта беспо-мощность перед травмой сопровождалась вытеснением и отрицанием *событий, связанных со злоупотреблением*. И началось это с фатальной ошибки Фрейда, который предпочел теории травмы теорию инстинктов как причину возникновения невроза [Freud, 1896; Atwood, Orange, 2000].

Нам, психотерапевтам — и, вероятно, в особой степени, это можно сказать об экзистенциальном анализе — эта работа даёт толчок к тому, чтобы взглянуть на жизнь в её *самой глубокой структуре и непостижи-мости*, и в большей степени работать над собственной *закреплённостью* в основе бытия. Тогда работа с травмированными людьми будет полез-на не только пострадавшим, но и всем нам и опосредованно послужит нашему собственному росту.

Перевод О. Ларченко.

Научная редакция: Н. Игнатьева, А. Баранников

ЛИТЕРАТУРА

- Antonovsky A* (1997) Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Atwood GE, Orange DM* (2000) Verführungstheorie. In: Stumm G, Pritz A (Hrsg) Wörterbuch der Psychotherapie. Wien: Springer, 754f.

- Butollo W, Rosner R, Wentzel A* (1999) Integrative Psychotherapie bei Angststörungen. Bern: Huber.
- Bremner JD, Krystal JH, Putnam F et al.* (1998) Measurement of dissociative states with the Clinician Administered Dissociative States Scale (CADSS). In: *J Trauma Stress* 11, 125—136.
- Calhoun LG, Tedeschi RG* (2000) Early posttraumatic interventions: facilitating possibilities for growth. In: *Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues, and Perspectives*. In: Violanti J.M., Paton D., Dunning C. (Hrsg) Springfield, Ill.: Charles C. Thomas Publishers, pp. 135—152.
- Eckhardt P* (2000) Skalen zur Erfassung von existenzieller Motivation, Selbstwert und Sinnerleben. Wien, Gruwi-Fakultät der Univ.: unveröff. Diss.
- Eckhardt P* (2001) Selbstwert und Werterleben aus existenzanalytischer Sicht. *Existenzanalyse* 18, 1, 35—39
- Ehlers A, Clark DM* (2000) A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy* 38, 319—345
- Esterling BA, L'Abate L, Murray EJ, Pennebaker JW* (1999) Empirical foundations for writing in prevention and psychotherapy: Mental and physical health outcomes. In: *Clinical Psychology Review*, 19, 1, 79—96
- DePrince AP, Freyd JJ* (2002) The harm of trauma: Pathological fear, shattered assumptions, or betrayal? In: Kauffman J (Ed) *Loss of the Assumptive World: a theory of traumatic loss*. New York: Brunner-Routledge, 71—82
- Frankl VE* ((1946) 1982) *Ärztliche Seelsorge*. Wien: Deuticke, 10. Aufl.
- Frankl VE* (1996) *Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie*. München: Piper (Neuausgabe)
- Freud S* ((1896), 1982) Zur Ätiologie des Hysterie. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hrsg) *SiΦMund Freud-Studienausgabe, Bd. VI: Hysterie und Angst*. Frankfurt/M: Fischer, 37—145
- Freyd JJ* (1994) Betrayal Trauma: Traumatic Amnesia as an Adaptive Response to Childhood Abuse. In: *Ethics & Behavior* 4 (4), 307—329
- Freyd JJ* (1996) *Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood abuse*. Cambridge, MA: Harvard Univ. Press
- Freyd JJ* (2003) What is a Betrayal Trauma? What is Betrayal Trauma Theory? Retrieved April 1, 2003 from www.dynamic.uoregon.edu/~jjf/defineBT.html
- Friedmann A* (2004) Allgemeine Psychotraumatologie. In: Friedmann A, Hofmann P, Lueger-Schuster B, Steinbauer M, Vyssoki D (Hrsg) *Psychotrauma. Die posttraumatische Belastungsstörung*. Wien: Springer, 5—34
- Frommberger U, Stieglitz RD, Straub S, Nyberg E, Schlickewei W, Kuner E, Berger M, Brugner G* (1999) The concept of «sense of coherence» and the development of posttraumatic stress disorder in traffic accident victims. *Journal of Psychosomatic Research*. 46; 343—348
- Gabbard GO* (2000) Anxiety disorders: psychodynamic aspects. In: Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI (Hrsg) *Kaplan and Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins, 7. Aufl., 1472—1474
- Goethe JWv* (oJ) *Dichtung und Wahrheit*. In: *Goethes Werke in zwei Bänden*. Salzburg: Bergland, Bd. 1, 129—390

- Grassmann H* (2004) Körperpsychologische Grundlagen einer Traumatherapie. Posttraumatische Übertragungsphänomene im therapeutischen Dialog. In: *Psychologische Medizin* 15, 3, 43–47
- Janoff-Bulman R* (1992) *Shattered assumptions. Toward a new psychology of trauma.* New York: The Free Press
- Hüther G* (1997) *Biologie der Angst: Wie aus Streß Gefühle werden.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Hüther G* (2002) Die Folgen traumatischer Kindheitserfahrungen für die weitere Hirnentwicklung. Göttingen: Psychiatr. Univ.-Klinik (http://www.agsp.de/UB_Veroeffentlichungen/Aufsatz/Aufsatz_34/hauptteil_aufsatz_34.html) Zugriff 20. 4. 2005
- Hyer L, Brandsma JM* (1999) The Treatment of PTSD Through Grief Work and Forgiveness. In: CR Figley C (Ed) *Traumatology of Grieving.* Philadelphia: Brunner/Mazel.
- ICD 10 – Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Dilling H, Mombour Welt, Schmidt MH (Hrsg). Bern: Huber 1991
- Ignatjewa NS* (2005) Schädel-Hirn-Trauma – Phasen der Wiederherstellung des Selbst- und Weltbezugs und seine existenzanalytische Behandlung. In: *Existenzanalyse* 22, 2, S -
- Jaffe DT* (1985) Self-renewal: Personal transformation following extreme trauma. *J Human Psychol* 25, 99–124
- Kapfhammer HP* (2000) Dissoziative Störungen und Konversionsstörungen. In: Helmchen H, Henn F, Lauter H, Sartorius N (Hrsg) *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd. 6: Erlebens- und Verhaltensstörungen, Abhängigkeit und Suizid. Berlin: Springer, 149–185
- Kent JM, Rauch SL* (2003) Neurocircuitry of anxiety disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 5(4), 266–273
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB* (1995) Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. In: *Arch Gen Psychiatry* 52, 12, 1048–1060
- Kleber RJ, Brom D* (1992) *Coping with trauma: theory, prevention and treatment.* Amsterdam: Swets & Zeitlinger
- Kleber RJ* (2000) Traumatischer Stress. In: Stumm G, Pritz A (Hrsg) (2000) *Wörterbuch der Psychotherapie.* Wien: Springer, 727f
- Längle A* (1993) Personale Existenzanalyse, In: Längle A (Hrsg) *Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge.* Tagungsbericht der GLE 1+2, 7. Wien: GLE, 133–160
- Längle A* (1998) Verständnis und Therapie der Psychodynamik in der Existenzanalyse. In: *Existenzanalyse* 15, 1/98, 16–27
- Längle A* (1999a) Die existenzielle Motivation der Person. In: *Existenzanalyse* 16, 3, 18–29
- Längle A* (1999b) Die anthropologische Dimension der Personalen Existenzanalyse (PEA). In: *Existenzanalyse* 16, 1, 18–25
- Längle A* (1999c) Authentisch leben – Menschsein zwischen Sachzwängen und Selbstsein oder: Wie können wir trotzdem werden, wer wir sind? – Anregungen aus der Existenzanalyse. In: *Existenzanalyse* 16, 1, 26–34

- Längle A (2000) (Hrsg) Praxis der Personalen Existenzanalyse Wien: Facultas
- Längle A (2002a) Die Grundmotivationen menschlicher Existenz als Wirkstruktur existenzanalytischer Psychotherapie. In: Fundamenta Psychiatrica 16, 1, 1—8
- Längle A (2002b) (Hrsg) Hysterie. Wien: Facultas
- Längle A (2002c) Die grandiose Einsamkeit. Narzi?mus als anthropologisch-экзистенциelles Phänomen. In: Existenzanalyse 19, 2+3, 12—24
- Längle A (2002d) Die Persönlichkeitsstörungen des Selbst. Eine existenzanalytische Theorie der Persönlichkeitsstörungen der hysterischen Gruppe. In: Längle A (Hrsg) Hysterie. Wien: Facultas, 127—156, 134
- Längle A, Orgler Ch, Kundi M (2000) Existenzskala. Göttingen: Hogrefe Beltz
- Lavallée F, Denis MC (2004) From surviving to living. How does one return from horror? Vortrag 23. 7. 2004 bei 3rd Biennial International Conference on Personal Meaning, Vancouver B.C.
- Levinas E (1947) De l'existence à l'existant. Paris: Editions de la Revue Fontaine. Deutsch: (1997) Vom Sein zum Seienden. Freiburg: Alber
- Lutgendorf SK, Antoni MH (1999) Emotional and cognitive processing in a trauma disclosure paradigm. In: Cognitive Therapy and Research 23, 1, 423—440
- May R (1972) Die Quellen der Gewalt. Eine Analyse von Schuld und Unschuld. Wien: Molden
- Pennebaker J W, Beall SK (1986) Confronting a traumatic event: towards and understanding of inhibition and disease. In: Journal of Abnormal Psychology, 95, 274—281
- Pennebaker JW (1992) Inhibition as the linchpin of health. In: Friedman HS (Ed) Hostility coping and health. Washington: American Psychological Association
- Pennebaker JW, Mayne T, Francis ME (1997) Linguistic predictors of adaptive bereavement. In: Journal of Personality and Social Psychology, 72, 863—871
- Roderick O, Schnyder U (2003) Reconstructing Early Intervention after Trauma. Innovations in the Care of Survivors. London: Oxford Univ.-Press
- Rödhammer M (2002) Existenz & Unfalltrauma. Existenzanalytische Erhellung von Traumabearbeitung am Beispiel Verkehrsunfall. Innsbruck: Univ., Psychol. Institut, unveroff. Dipl.-Arb.
- Sharfetter C (2002) Allgemeine Psychopathologie. Eine Einführung. Stuttgart: Thieme, 5. neubearb. Aufl.
- Schnyder U (2005) Posttraumatische Störungen. In: Senf W, Broda M (Hrsg) Praxis der Psychotherapie. Stuttgart: Thieme, 493—501, 3°
- Schore AN (2001) The Effects of Early Relational Trauma on Right Brain Development, Affect Regulation, and Infant Mental Health. In: Infant Mental Health Journal 22, 201—269. Wiederabdruck in: www.trauma-pages.com
- Silver R, Boom Ch, Stones M (1983) Searching for Meaning in Misfortune. Making Sense of Incest. In: J Social Issues 39, 2, 81—102
- Simonet E, Daunizeau B (2002) Les prises en charge psychothérapeutique. In Lopez G, Sabouraud-Séguin A (Eds) Psychothérapie des victimes. Paris: Dunod, 55—82
- Smyth J (1998) Written emotional expression: effect size, outcome types, and moderating variables. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66, 174—184

- Stein MB, Koverola C, Hanna C, Torchia MG, McClarty B. Hippocampal volume in women victimized by childhood sexual abuse. *Psychol Med* 1997; 27: 951–959
- Stephens Ch (2002) Health benefits of the disclosure of emotions about traumatic experiences: What is the evidence and potential for therapeutic benefits? In: *The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 1, <http://www.massey.ac.nz/~trauma/issues/2002-1/edital.htm> 2. 4. 2005
- Stuhr U, Wirth U (1990) Die Bedeutung des Therapeuten als inneres Objekt des Patienten. In: Tschuschke V, Czogalik D (Hrsg) *Psychotherapie — Welche Effekte verändern? Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse*. Berlin: Springer, 54–70
- Tedeschi RG, Calhoun L (2004) Posttraumatic growth: Conceptual foundation and empirical evidence. In: *Psychological Inquiry* 15, 1–18
- Tutsch L (2000) Selbst-Distanzierung. In: Stumm G, Pritz A (Hrsg) *Wörterbuch der Psychotherapie*. Wien: Springer, 624f
- van der Kolk BA, Fisler R (1995) Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories. Overview and explanatory study. In: *J. Traumatic Stress* 8, 505–536
- van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L (1996) *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: Guilford (dt. 2000)
- Vermetten E, Charney DS, Bremner JD (2000) Posttraumatische Belastungsstörung. In: Helmchen H, Henn F, Lauter H, Sartorius N (Hrsg) *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd. 6: Erlebens- und Verhaltensstörungen, Abhängigkeit und Suizid. Berlin: Springer, 59–136
- Vetter J (2005) *Mein Raum ist ein auswegloser Hinterhof*. Gumpoldskirchen/Wien: (-de'A-) Lyrik-Verlag
- Wirtz U (1989) *Seelenmord. Inzest und Therapie*. Zürich: Kreuz
- Wirtz U., Zöbeli J. (1995) *Hunger nach Sinn. Menschen in Grenzsituationen. Grenzen der Psychotherapie*. Zürich: Kreuz.

PERSONALITY DISORDERS AND GENESIS OF TRAUMA EXISTENTIAL ANALYSIS OF TRAUMATISED PERSONALITY DISORDERS

ALFRIED LÄNGLE

The topic of traumatizing has a particularly great, existential relevance. In existential analysis the specificity of grave traumatizing is considered to be the experience of "horror" at seeing the abysmal side of one's being (instead of the void). This central experience in traumatizing is looked at on two levels. The process level is examined via an analysis of the self-structure, with the existential-ana-

lytical model of self-structure being close to the one propounded by Ch. Sharfetter.

On the structural level all four fundamental dimensions of fulfilled existence are touched by grave traumatizing. This explains the genesis of PTSD (post-traumatic stress disorder) as well as the high comorbidity factor of this disorder. As a direct consequence of trauma the interaction with the existential structure is reduced, causing a loss of world, relationship, self and future. Characteristic coping reactions accompany all experience — above all the death-feigning reflex and activism on the first fundamental motivation. Therapy must restructure the existential fundamental references and the functioning of the person. The model of the fundamental motivations provides specific therapeutic steps to overcome the existential deracination and to mobilise the functions of the person with the help of non-specific factors such as dialogue and encounter.

Keywords: trauma, PTSD, existential analysis, fundamental motivations, personal existential analysis.