

**Помощь жертвам
организованного насилия:
работа с психической
травмой**

Дэвид Беккер

www.berghof-handbook.net

Civil Society • Conflict Settlement • Conflict Resolution • Crisis Prevention •
Development Cooperation • Human Rights • Humanitarian Assistance • Just Peace •
Multi-Track • Peacebuilding • Peace Constituencies • Peacekeeping • Peacemaking •
Post Conflict Rehabilitation • Civil Society • Conflict Settlement • Conflict Resolution
• Crisis Prevention • Development Cooperation • Human Rights • Humanitarian
Assistance • Just Peace • Multi-Track • Peacebuilding • Peace Constituencies •
Peacekeeping • Peacemaking • Post Conflict Rehabilitation • Civil Society • Conflict
Settlement • Conflict Resolution • Crisis Prevention • Development Cooperation •
Human Rights • Humanitarian Assistance • Just Peace • Multi-Track • Peacebuilding
• Peace Constituencies • Peacekeeping • Peacemaking • Post Conflict Rehabilitation
• Civil Society • Conflict Settlement • Conflict Resolution • Crisis Prevention •
Development Cooperation • Human Rights • Humanitarian Assistance • Just Peace •
Multi-Track • Peacebuilding • Peace Constituencies • Peacekeeping • Peacemaking •
Post Conflict Rehabilitation • Civil Society • Conflict Settlement • Conflict Resolution
• Crisis Prevention • Development Cooperation • Human Rights • Humanitarian
Assistance • Just Peace • Multi-Track • Peacebuilding • Peace Constituencies •

Помощь жертвам организованного насилия: работа с психической травмой

Дэвид Беккер

1. Введение

Война и преследования причиняют людям, пытающимся в этих условиях выжить и сохранить себя, не только материальный ущерб, но и невероятные страдания. Это самоочевидная истина, и можно только удивляться, почему до последнего времени ее не учитывали при оказании гуманитарной помощи и организации сотрудничества по развитию. Еще недавно помощь направлялась лишь на восполнение нехватки материальных ресурсов и решение проблем экономического развития в целом. Что люди чувствуют, когда рушится политическая и социальная система, – это, по-видимому, никого не интересовало. В лучшем случае данный вопрос относили к ведению церкви, в худшем – считалось роскошью, если этим занимались после того, как “реальные” проблемы были решены. Хотя такое мнение несколько изменилось в последние годы (и сегодня программы по преодолению психических травм работают в большинстве кризисных регионов мира), все же отношение международных агентств к проблеме психической травмы остается в основе своей двойственным. Что такое работа по преодолению травм и как она должна вестись – по этим вопросам мнения профессионалов расходятся.

Данная статья не претендует на то, чтобы стать общедоступным введением в психиатрическую травматологию или же пригодным для всех регионов мира пособием по исцелению душевных травм. Понять травму и воздействовать на нее можно, только учитывая конкретный контекст, в котором она возникла, и любые попытки “глобальных” обобщений здесь бесполезны. Основная цель статьи – пригласить читателя к размышлениям, поделившись с ним информацией об обсуждаемых специалистами концепциях и некоторым практическим опытом. Я много лет работал в Чили, в группе Латиноамериканского института душевного здоровья и прав человека (Сантьяго), который оказывает помощь жертвам политических преследований. Мои взгляды сформировались под влиянием этого опыта, а также в результате консультативной работы с аналогичными институтами в Центральной Америке, Анголе и бывшей Югославии.

В следующем, втором разделе в связи с рассматриваемой темой даются некоторые общие сведения, терминология и обзор существующих теорий травмы. На сегодняшний день самой практичной считается принадлежащая Х. Кейлсону концепция последовательной травматизации. Попытка справиться с последствиями Холокоста обнажила ограниченность распространенного понимания травмы и соответствующей терминологии. В результате появились новые концепции, на которых я кратко остановлюсь, выделив понятие “экстремальной травматизации” жертв. Я считаю, что учения о травме должны постоянно развиваться и адаптироваться к специфике социальной реальности, в которой происходит травматизация. В третьем разделе статьи рассматриваются как возможности, так и ограниченность методов психотерапии. Это делается с помощью трех вопросов: “Что чувствует травмированный человек и можно ли понять это чувство?”, “Как мы относимся к травмированному человеку или к группе таких людей?” и “К чему нужно стремиться при лечении психической травмы?”. Четвертый раздел посвящен трем основным установкам, следуя которым, можно достичь хороших результатов при работе с травмой. Затем конкретными примерами иллюстрируется более широкое, выходящее за рамки терапии применение методов работы с травмой в кризисных регионах.

Особое внимание уделено междисциплинарному подходу, интегрирующему психологические, экономические и просветительские аспекты работы с психической травмой. В пятом разделе речь идет о риске, испытаниях и трудностях, с которыми сталкиваются сами психологи, и о возможных способах оградить себя от них.

2. Теории психической травмы

Слово, от которого происходит термин “травма”, в греческом языке означает “рана”. В психологию и психиатрию это слово вошло в конце XIX в. при попытке объяснить некоторые психические расстройства. Причиной этих недугов считали травму, а ее саму определяли как психический срыв, вызванный внешними событиями, сила, воздействия которых превосходила возможности данной психической структуры реагировать на них адекватно.

К концу первой мировой войны этой проблемой заинтересовались военные, поскольку поняли, что “военный невроз” необходимо изучать и объяснять, а не считать просто проявлением трусости. Однако только во время вьетнамской войны в США выделили, наконец, набор отчетливых симптомов – так называемое “посттравматическое стрессовое расстройство” (ПТСР), – который был включен в “*Диагностическое и статистическое руководство по душевным расстройствам*” Американского психиатрического общества. После этого психическая травма была признана официальной психиатрией США, но отрицательным последствием такого признания стало то, что травму посчитали просто еще одним психическим заболеванием, наряду со многими другими.

Бокс 1: Определения травмы

Следует различать травматическую ситуацию, саму травму и симптомы, появившиеся в результате травмы. Травматическая ситуация – это эпизод или ряд эпизодов экстремального насилия в таком социальном контексте, как, например, война. Травматическая ситуация – необходимое, но не достаточное условие возникновения травмы. Хотя при травме происходит разрушение личностных и/или коллективных структур, из этого не всегда следует, что такое разрушение немедленно вызовет какие-то патологические симптомы. “Посттравматическое стрессовое расстройство” – на сегодняшний день лучшее определение симптомов, сохраняющихся у жертвы. Оно приложимо как к ситуациям стихийных бедствий, так и к “рукотворным” событиям, таким, как боевое сражение, уголовное преступление, изнасилование, похищение, заключение в тюрьму.

В настоящее время существуют три различные концепции травмы:

- Травма – это чисто медицинское понятие (подобное термину “ПТСР”), введенное с целью установить более или менее полный перечень характерных симптомов.
- Травма дает толчок сложнейшим психологическим (интрапсихическим) процессам, требующим анализа. Пример – лечение жертв Холокоста главным образом с помощью психоанализа (*Bergmann, Jucovy, 1982; Bettelheim, 1943*).
- Травма – это социальное и политическое явление. Недавнее исследование, проведенное в Латинской Америке, установило, что процесс психической травматизации затрагивает не только отдельных людей, но и все общество в целом, что заставляет считать его социальным процессом. Это исследование показало также, что травму можно понять только в конкретном культурном и политическом контексте.

Что касается ПТСР, то важно отметить некоторые серьезные недостатки этого понятия. Как уже говорилось, диагноз ПТСР относится лишь к симптомам и не учитывает причин, их вызвавших. Сами травматические ситуации либо вообще игнорируются, либо не дифференцируются, поэтому в категорию “стрессор” или фактор стресса могут равно попасть и сердечные приступы, и извержения вулканов, и нарушения прав человека. Недостатки ПТСР как диагноза можно суммировать следующим образом:

- Этот диагноз нельзя ставить членам семьи пациента. Например, у человека, подвергнутому пыткам, можно диагностировать ПТСР, а у его жены и детей – нет, хотя у них проявляются соответствующие симптомы, и объяснить их можно только в контексте случившегося с жертвой пыток.
- Понятие ПТСР охватывает часто встречающиеся симптомы, однако многие из них остаются вне его рамок. Если при наличии симптомов ПТСР можно утверждать, что травма имела место, то гарантировать, что травмы не было, если именно этих симптомов не наблюдается, нельзя. Соматические и особенно психосоматические симптомы, как и социальное поведение, указывающее на перенесенную травму, не входят в общепринятый диагноз ПТСР.
- Диагноз ПТСР ставится в рамках определенного срока. Поэтому есть вероятность диагностической ошибки, если симптомы не проявляются в течение принятого срока (например, шести месяцев). Такой временной лимит противоречит всем нашим знаниям о симптомах травмы, вызванной антропогенными катастрофами. Например, у жертв Холокоста симптомы могут появиться и через десять, и через двадцать, и даже через пятьдесят лет после травмирующего события. То же самое было зафиксировано и в отношении жертв политических преследований в Латинской Америке. Есть существенные данные, подтверждающие, что травма может передаваться следующему поколению, от родителей к детям. Диагноз же ПТСР на такие явления не распространяется (*Becker, 1995*).

Параллельно с концепцией ПТСР в психоанализе, особенно в среде тех специалистов, которые работали с уцелевшими жертвами Холокоста, развивался другой подход к травме. В 1943 г. Бруно Беттельгейм выпустил книгу о своем пребывании в концентрационном лагере. В ней он объяснял необходимость нового термина для обозначения пережитых им и другими заключенными страданий. “Неотвратимость, полная невозможность избежать всего этого, – писал он, – неизвестность по поводу того, сколько продлится такое положение – но скорее всего до самой смерти; – неспособность ничего предсказать или предвидеть; сам факт, что твоя жизнь всегда висит на волоске, а ты бессилен что бы то ни было предпринять для своего спасения, – вот что такое этот опыт” (*Bettelheim, 1943. P. 418*). Для характеристики подобных случаев Беттельгейм предложил термин “экстремальная ситуация”. Он первым ясно показал, что травматизация в результате созданных человеком катастрофических обстоятельств не может быть описана в обычных психиатрических или психоаналитических терминах. Для такого типа травм требовались новые понятия. В годы, последовавшие за Холокостом (или шоа, “катастрофой”, как называется Холокост на иврите), появился термин “экстремальная травматизация”. Слово “экстремальный” призвано обозначать особую природу травмы, которая ни по содержанию, ни по краткосрочным и долгосрочным последствиям, ни по симптоматике, ни по социально-политическому значению несопоставима с другими травмирующими событиями вроде несчастных случаев, землетрясений или инфарктов миокарда.

Фрейд считал, что травма может быть вызвана не только одним, а и несколькими событиями (*Laplanche, Pontails, 1977*). Эту идею развил М. Хан и на ее основе выдвинул концепцию “кумулятивной травмы” (*Khan, 1977*), которая позволила при обсуждении травмы учитывать параметры времени и человеческих взаимоотноше-

ний. По Хану, травма может быть вызвана рядом событий, не травматичных по отдельности, но последствия которых в рамках конкретных отношений накапливаются и в конце концов приводят к срыву. Несмотря на то, что вначале эти идеи относились только к взаимоотношениям матери и ребенка, они имеют первостепенную важность, поскольку переносят акцент с травмы самой по себе на травмирующую ситуацию. Это превращает событие в процесс, в котором структура взаимоотношений приобретает особую важность, при этом реальность душевной раны не отрицается.

Идеи Беттельгейма и Хана получили дальнейшее развитие в концепции “последовательной травматизации”, принадлежащей Хансу Кейлсону (*Keilson, 1992*). В ходе второго этапа своего крупного исследования по нидерландским евреям, оставшимся сиротами во время войны, он выделил три серии травмирующих событий:

1. “Оккупация Нидерландов и начало террора” против еврейского меньшинства, приведшие к подрыву социальной и психологической целостности еврейских семей (*Ibid.*).

2. “Период прямых преследований”, т.е. депортация родителей и детей, разлука матерей с детьми, укрывание детей в приемных семьях, а также пребывание евреев в концентрационных лагерях (*Ibid.*).

3. “Послевоенный период, во время которого главным было решить проблему опекунов”. Можно было оставить детей в принявших их голландских семьях либо вернуть их в прежнюю еврейскую среду (*Ibid.*).

Концепция Кейлсона радикально меняет понимание травмы. Вместо отдельного события, вызывающего определенные последствия, мы рассматриваем процесс, в котором для понимания травмы основополагающим становится изучение меняющейся травматической ситуации. Кейлсон показывает, например, что сочетание тяжелой второй и “хорошей” третьей серии травмирующих событий дает больше надежд на восстановление психического здоровья жертвы, чем сочетание “не слишком ужасной” второй и “плохой” третьей серии. Это очень важно для объяснения того, почему травма не проходит, когда заканчиваются преследования. Мы можем теперь понять, почему у пациентов симптомы развиваются не только сразу после воздействия травмирующего фактора, но и двадцать, тридцать или сорок лет спустя. Наконец, концепция Кейлсона показывает, что, поскольку травма – это непрерывный процесс, не имеющий никакого “пост-” состояния, люди, имеющие дело с жертвами, тоже всегда составляют часть контекста травмирующей ситуации и действуют в ее рамках.

Одно из достоинств концепции Кейлсона заключается в том, что она может свободно применяться в различных культурных и политических контекстах. В отличие от ПТСР, она не содержит жесткого набора симптомов или ситуаций, а призывает внимательно смотреть на конкретные исторические процессы; она предполагает, что серии травмирующих ситуаций могут сильно различаться по содержанию и количеству в зависимости от конкретных обстоятельств. Одна из таких серий, знакомая, наверное, большей части населения земного шара, – это переход от активной войны и преследований к последующему состоянию. Во многих случаях это “последующее состояние” нуждается в дальнейшем подразделении на разные по характеру отрезки-секвенции. Например, война в Анголе шла последние тридцать лет, прерываясь короткими периодами относительного мира; бывшая Югославия в настоящее время находится в состоянии, которое не назовешь ни войной, ни миром.

В Чили мы не сочли возможным применить к нашим пациентам концепцию ПТСР и, находя весьма продуктивным подход Беттельгейма, Хана и Кейлсона,

Бокс 2: Что такое “экстремальная травматизация”

“Экстремальная травматизация – это процесс, происходящий с индивидуумом или группой людей и зависящий непосредственно от наличествующего социального контекста; процесс, характеризующийся интенсивностью, большой продолжительностью и переплетением социальных и психологических факторов. Для адекватной реакции на него у индивидуальных и социальных структур не хватает возможностей. Это процесс разрушения личности индивидуума, его чувства принадлежности к обществу и его социальной активности. Для самого же общества в данный момент характерна такая структура власти, которая базируется на уничтожении одних граждан этого общества другими. Процесс экстремальной травматизации не ограничен во времени и развивается последовательно” (*Becker, Castillo, 1990*).

стали пользоваться для описания ситуации в этой стране понятием “экстремальной травматизации” (*Becker, Castillo, 1990; Becker, 1992*), определяя его следующим образом: Как можно видеть, в наше “чилийское” определение мы включили многие из вышеприведенных идей, но сделали больший акцент на групповом аспекте травмы. Мы попытались выйти за пределы индивидуальной сферы (не отказываясь от нее) и охватить социальную реальность. Не знаю, лучше ли наше определение по сравнению с теми, что я рассмотрел выше, но оно, по крайней мере, признает одну фундаментальную трудность, о которую спотыкаются все теории травмы, потому что, с одной стороны, они имеют дело с индивидуальными интрапсихическими процессами, а с другой – они должны принимать в расчет общество. Эти два аспекта очень сложно совместить, и поэтому в дефинициях часто бывает слишком подчеркнут или, напротив, приглушен либо индивидуальный, либо коллективный аспект травмы. Все же я полагаю, что наше определение полезно уже тем, что учитывает контекст, в котором пациент получил психическую травму. В Латинской Америке, особенно на ее юге, основной проблемой долгое время была борьба с диктаторскими режимами. Многие люди ничего не знают о Чили, но почти все слышали о главном символе диктатуры – Аугусто Пиночете. Поэтому в данном контексте “политизированное” определение травмы уместно, хотя в других регионах может потребоваться иное определение.

Один эпизод в ходе проведенного мной небольшого семинара в лагере беженцев в Боснии хорошо проиллюстрировал необходимость “контекстуализировать” дефиницию травмы. Я попросил коллег забыть все, что они знают о психологических и психиатрических диагнозах и написать обычными, общепотребительными словами, что, по их мнению, ведет к травматизации беженцев. Вот что они написали: “Разрушения, вызванные войной, взрывы мин, жизнь в палатках, холод, недоедание, неопределенность сроков и вообще возможности возвращения домой, экономическая ситуация, правовые проблемы, потеря близких, воспоминания о пытках и концлагерях, невозможность уединения, неприязнь местных жителей...”. Список на самом деле был гораздо длинней и подробней. Хотя это определение не было “клиническим”, не соответствовало ни одному стандартному подходу к травме и даже не делало различий между травматической ситуацией и травмой, оно представляется мне одним из лучших определений травмы. А с точки зрения информации о конкретных причинах страданий беженцев в Боснии – просто превосходно. Оно позволило нам начать практическую работу, потому что правильный диагноз это половина на лечения. При таком определении становилось понятно, что в данном случае “ле-

чение” требовало не столько обычной “терапии”, сколько улучшения условий жизни, налаживания общинных связей и организации процесса коллективного преодоления скорби.

Подводя итоги, скажу, что, по моему убеждению, каждая конкретная социальная ситуация требует выработки особого определения психической травмы, в котором основной акцент должен делаться не столько на симптомах, проявляющихся у пациентов, сколько на травматической ситуации с ее последовательным развитием. Разумеется, регистрация специфических симптомов у пациента всегда остается важной задачей (в основном из-за того, что они метафорически говорят о самой болезни), но в нашем подходе главным моментом должно быть изучение репрессивного опыта пациента. Это значит, что мы будем не столько пытаться различить у больных симптомы депрессивного, истерического или навязчивого состояния, сколько дифференцировать самих больных: человека, подвергавшегося пыткам в Чили, боснийского беженца или ветерана вьетнамской войны. Мы не станем считать психоз типичным последствием перенесенных пыток, но если узнаем, что пациент, которого мы лечим от психоза, перенес пытки, наша лечебная стратегия и понимание именно его психоза изменится. Диагноз всегда должен включать в себя конкретный социальный контекст, в рамках которого возникло заболевание. Признав, что “политическая травматизация” всегда связана с определенной ситуацией, мы поймем, почему у беженцев из Турции, Чили или Вьетнама могут обнаруживаться одни и те же симптомы; возможно, они даже перенесли аналогичные страдания, например, пытки, – но мы поймем также, что у каждого из них, тем не менее, своя собственная болезнь. Сходство симптомов может наблюдаться у тех из них, кто происходит из одной страны и потому прошел через одну и ту же травмирующую последовательность событий.

Бокс 3: Психическая травма и организованное насилие

Основные положения, которые следует учитывать при определении травмы в результате организованного насилия, могут быть сформулированы следующим образом:

1. Травма подразумевает разрыв или разрушение структуры, структурный срыв.
2. Травму можно понять, только учитывая конкретные условия ее возникновения, которые должны быть подробно описаны.
3. Травма – это процесс, развивающийся последовательно.
4. В травме тесно переплетаются индивидуальный, интрапсихический и коллективный, макросоциальный аспекты.

3. Сильные и слабые стороны психотерапии

“Лечение” людей, подвергшихся чрезвычайной травматизации, не начинается и не заканчивается в кабинете врача. Тем не менее, терапия может стать тем первым социальным контекстом, в котором жертва начнет преодолевать свои трудности. Конфиденциальность и “интимность” лечения позволяет нам глубже понять некоторые ключевые особенности конкретной травмы, присутствующие также и в других случаях. Мы исходим из трех вопросов:

1. Что чувствует травмированный человек и возможно ли понять это чувство?
2. Как мы относимся к травмированному человеку или группе таких людей?
3. К чему следует стремиться при лечении травмы?

В своем врачебном дневнике Шандор Ференчи 21 февраля 1932 г., записал что “фрагментация” может стать эффективным защитным механизмом, помогающим выжить в травмирующей ситуации. Столкнувшись с непереносимой агрессией, ребенок может “отказаться от своей души”, как бы “умереть” душевно, физически оставшись в живых. Впоследствии прежняя структура личности частично восстановится, но какая-то ее часть перестанет существовать, останется “мертвой” или потерянной в бездне страха. Целью анализа должно стать преодоление этого процесса расщепления. Именно в этот момент возникает дилемма. Если травматический опыт реконструируется посредством когнитивного процесса, тогда разрыв между разрушенной частью личности и той частью, которая как бы смотрит на разрушение со стороны, сохраняется и закрывает подлинный доступ личности к травматическому опыту. Если же у пациента происходит “катарсическая регрессия” к стадии травматизации, тогда он снова ощущает пережитые страдания, но оказывается не в состоянии думать и не понимает, что с ним происходит. При возвращении в обычное состояние эти чувства немедленно исчезают, и травма вновь воспринимается лишь “извне”, без соответствующих чувств (Ferenczi, 1988). Одним словом, оба эти метода представляются малоэффективными.

Ференчи предлагает собственные, краткие и четкие, ответы на часть вышеперечисленных вопросов. По его мнению, сердцевина травмы есть чувство непомерного страха, приводящее к “переживанию смерти”; это означает, что должно произойти расщепление личности. Оно, считает Ференчи, помогает выжить при травме, но впоследствии вызывает перманентную фрагментацию: одна часть личности остается мертвой, в то время как другая начинает снова функционировать. Для преодоления травмы необходимо преодолеть фрагментацию личности, но это почти невозможно, потому что “внутри” травматического опыта, в нем самом есть один только страх и нет ни слов, ни способности к рефлексии. “Снаружи”, “вне” травмы есть и слова, и способность думать, но они оторваны от травматического опыта. Поэтому, имея дело с психически травмированными людьми, мы всегда оказываемся перед двойственной реальностью: с одной стороны, перед нами человек, который может думать, говорить и рассказывать нам о том, что с ним произошло; с другой стороны – это человек, потерявшийся в пережитом смертельном ужасе и не имеющий слов для объяснения своих чувств.

Ряд специалистов – Балинт (Balint, 1965), Винникот (Winnicott, 1965), Хан (Khan, 1977), Байон (Bion, 1962) и др. – пишут, что дилемма Ференчи может быть разрешена только при наличии у врача способности самому подключиться к “агонии страха”, справиться с ней и создать у пациента аутентичное, близкое к испытанной травме, но достаточно безопасное состояние, в котором у него мог бы начаться процесс реинтеграции личности. Психотерапевту необходимо обнаружить перед пациентом свою собственную подверженность фрагментации, сохраняя в то же самое время установку на сдерживание этого процесса. Тогда пациенту будет легче узнать самого себя в этих фрагментированных частях, что уже есть начало интеграции. Конечно, это легко на словах. Как почувствовать ужас, как войти в состояние, до того непереносимое для личности, что она начинает распадаться? Захочет ли кто-нибудь узнать самого себя в картинах разрушения?

Ясно, что никто не захочет узнать себя в таких картинах, однако у людей с душевной травмой нет выбора. Они могут попытаться все забыть, но им это никогда полностью не удастся. Ужас навсегда стал частью их самих. Вопрос не в том, хочет ли личность смотреть на этот ужас, а в том, как ей смотреть на этот ужас? Будет ли она делать это в одиночку? В ночных кошмарах? Или же получит возможность разделить это с другими людьми, и тогда пережитая смерть станет частью живых взаимоотношений?

Теперь будет полезно обратиться к идеям, выдвинутым психоаналитиками Коэном и Кинстоном. Их сложный профессиональный язык не помешал им изложить некоторые весьма важные идеи: *“Мы исходили из принятого нами положения Фрейда о том, что удовлетворение потребности вызывает ментальную репрезентацию в форме желания, и утверждали, что невозможность удовлетворить потребность ведет к упорному отсутствию связанных с ней желаний (внутренних субъект/объектных отношений) и вследствие этого – к бреши в эмоциональной восприимчивости (психологической структуре). Такая неудовлетворенность считалась сутью травмы и основой душевного заболевания; вызванное этой неудовлетворенностью отсутствие желаний было первичным вытеснением основных потребностей в подсознание”* (Kinston, Cohen, 1986. P. 337). Далее авторы проводят различие между фрустрацией и травмой. Они ссылаются на Винникотта (Winnicott, 1954; 1960), который, опираясь на свой терапевтический опыт, утверждал, что “ид-желания” (“подсознательные желания”) могут и должны быть фрустрированы, в то время как “эго-потребности” должны удовлетворяться. Вслед за Винникоттом упомянутые авторы считают, что “желания часто должны оставаться неудовлетворенными и это не приводит к травме, но ситуаций, когда потребности не удовлетворяются, или, лучше сказать, когда внешняя среда оказывается неспособна их удовлетворить, следует избегать. Такая неудача травмирует и приводит, говоря метафорически, к незаживающей ране или провалу в психике” (Ibid.).

Бокс 4: Определение первичного объекта и первичной связи

Последствия, которые для терапевтического процесса имеет задача фрустрации желаний и контролирования (удовлетворения) потребностей, могут быть лучше поняты при помощи еще двух понятий, введенных авторами, – “первичного объекта” и “первичной связи”. Развивая свою основную концепцию, Балинт, Кингстон и Коэн пишут:

“Первичный объект изначально включает в себя матку-плаценту, среду, в которой проходило детство, а в более позднем периоде – некую амальгаму личных взаимоотношений, работы, физической среды, имущества, социального статуса и религиозной веры либо светских убеждений. Первичный объект порождает собственнические чувства и воплощает в себе чаяния личности; индивид энергично сопротивляется любому изменению или потере, частичной или полной, первичного объекта, которые могут привести его к болезни или смерти. Психоаналитик может и должен стать составной частью первичного объекта пациента. Но для того чтобы анализ был эффективным, врачу необходимо установить прямой контакт с пациентом, находящимся в состоянии первичного вытеснения. Это, однако, возможно только при наличии особой формы взаимоотношений, которую мы называем первичной связью”.

“Первичная связь – это термин, которым мы обозначаем такое отношение человека к другим людям, когда он ценит, заботится о них, доверяет им и получает такую же отдачу. Оно характеризуется интенсивной взаимной привязанностью и глубоким эмпатическим общением, относится к окружающей среде человека и поэтому не может быть интернализовано. Если у человека нет такой первичной связи ни в какой форме, тогда он живет в состоянии психической смерти по отношению к своему первичному объекту”.

Источник: Kinston, Cohen, 1986. P. 343.

Идеи Кинстона и Коэна помогают нам найти решение дилеммы Шандора Ференчи. Они позволяют воспринимать психологическую структуру человека как продукт протекающего всю жизнь процесса взаимодействия с окружением. Первичное вытеснение, т.е. травма, может случиться в любой момент жизни, и, хотя защитные механизмы бывают разными, конечный результат всегда одинаково ужасен – “пробоина” в психике. Травма начинает превращаться в составную часть первичного объекта личности. Там, где нет желания, не может быть репрезентации и символизации, – есть только брешь. Поэтому задача терапии – тщательно выбрать и отделить моменты, когда интерпретируются желания, от тех, когда удовлетворяются потребности. Последнее предполагает превращение терапевта в составную часть первичного объекта пациента, что сделает среду более приемлемой для него, даст ему условия, в которых он сможет выздороветь.

Несколько лет назад, работая с жертвами диктаторского режима в Чили, мы говорили об “узах преданности” (“vinculo comprometido”, Becker, Castillo, 1990) – понятию, которое очень близко понятию первичной связи. Мы хотели выразить свой сознательный отказ от нейтральности в отношении к жертвам, рассказать о собственном опыте в условиях диктатуры и показать нашу готовность разделить с ними их страдания, которые в то время еще не были признаны мировым сообществом. Думаю, именно тогда мы поняли, как важно в общении с пациентами занимать активную позицию, заставляя их говорить и называя ужасы диктаторского режима своими именами. Мы поняли также, что психическая смерть, пережитая нашими подопечными, могла быть включена в перспективу их жизни, только если мы сами были готовы признать эту смерть. Нам нужно было увидеть ее причины и сделать ее частью живых отношений, тем самым подтверждая, что пациенты наши живы. В этом смысле “излечить” означает не столько “починить” разрушенное, сколько подчеркнуть готовность разделить с человеком бремя последствий этого разрушения. Разумеется, мы делали и много ошибок. Сегодня, проводя ту же работу, мы понимаем, как трудно нам было распознавать желания и приводить их к фрустрации, и мы осознаем свою тогдашнюю тенденцию видеть во всем только потребности и работать над ними. Опыт научил нас, что первичная связь, узы преданности, контролирование и удовлетворение потребностей – это готовность не только разделять с пациентом чувство разрушения его личности, но и принять разрушение внутри нас самих, в наших взаимоотношениях и противостоять ему.

Те уроки, которые мы усвоили в ходе нашей работы, пытаюсь ответить на вышеприведенные вопросы – Что чувствует травмированный человек и можно ли понять это чувство? Как мы относимся к травмированному человеку или группе? К чему следует стремиться при лечении травмы? – можно кратко сформулировать следующим образом. Урок первый: травма предполагает переживание смерти, чувство экстремального страха. Урок второй: травма приводит к фрагментации личности. Урок третий: для преодоления травмы нужно межличностное общение, т.е. достаточно интенсивная первичная связь, или (на нашем “чилийском” языке) прочные “узы преданности”, в рамках которых может постепенно развиваться процесс символизации. Символизация предполагает, что пережитый ужас не переживается вновь, а переносится во вновь созданное психологическое пространство, которое, будучи символическим, теряет “деструктурирующую” способность и в котором прошлое может стать действительно прошлым; в результате пациент начинает уверенно различать экстрапсихологическую и интрапсихологическую реальность.

4. Выход за рамки терапии: значение правды, справедливости, уважения и эмпатии

Хотя описанные психические процессы и их динамика соответствуют определенным психотерапевтическим теориям и практикам, это отнюдь не означает, что они могут быть лишь результатом психотерапии. Я твердо убежден, что действенность понятий первичной связи, символизации и др. отнюдь не ограничивается кабинетом психотерапевта. Я уверен, что те же процессы происходят также и в социальной и политической сферах, хотя там они гораздо труднее поддаются описанию. Комитеты правды и справедливости, например, стараются восстановить некоторые “первичные объекты” общества (см. статью Гуннара Тайссена в настоящем издании). Они способствуют осуществлению процесса символизации и помогают находить адекватное словесное выражение для пережитого опыта, что оказывает хорошее “антитравматическое” действие. Однако было бы ошибкой ожидать только положительной реакции на работу таких комитетов даже в тех странах, где они действуют от имени власти, что усиливает их авторитет, как, например, в Южной Африке. Напротив, пользу нужно видеть именно в том, что они вызывают дискуссии, возбуждают противоречивые реакции и самые разные чувства. Их задача – облегчить процесс рождения иного, чем прежде, и нового по смыслу противоборства имевшим место ужасам. Поэтому те, кто ожидает, что в результате деятельности этих комитетов наступит тишина, всегда будут разочарованы. Но те, кто понимает основные принципы лечения травмы, смогут порадоваться возникновению, благодаря работе этих комитетов, нового рода трудностей и дискуссий. Как уже говорилось, в начале работы над травмой существуют только потребности. Желания могут появиться только после того, как наступит некоторая степень интеграции личности, а фрагментация, пусть и не полностью, будет преодолена. Вместо нового переживания травмы появятся новые чувства и взаимоотношения. Иногда они будут носить агрессивный характер, но с этим можно будет справиться другими способами, уже в рамках возникшего диалога.

На базе описанных концепций мы можем сформулировать некоторые основные установки для работы с травмой на индивидуальном уровне, следование которым, мы надеемся, поможет всем, кто работает в условиях войн и репрессий. Эти установки можно обозначить как уважение, понимание и сопричастность. Они должны присутствовать в любых взаимоотношениях, но особенно важны для преодоления психической травмы. К тому же их смысл простирается несколько дальше очевидного. Хотя к потерпевшим можно относиться и с иными, на вид тоже очень гуманными чувствами, в действительности они часто скорее мешают, чем помогают процессу выздоровления. Например, жертвы не признают сочувствия, потому что справедливо опасаются, что оно нередко бывает скрытой формой отвержения: тот, кому сочувствуют, еще острее чувствует свое неблагополучие, а сочувствующий подтверждает, что его собственное положение в сочувствии не нуждается. Это не значит, что жертвы предпочтут полное равнодушие, однако несомненно, что откровенное несочувствие часто бывает менее деструктивно, чем такое сочувствие, которое только лишний раз подчеркивает неблагоприятное положение жертвы. То же самое можно сказать и о поддержке в горе.

4.1. Уважение

С раннего детства мы привыкли думать, что при виде грустного человека нам следует скорее помочь ему снова обрести хорошее настроение. Проще говоря, если кто-то плачет, надо попытаться сделать так, чтобы он перестал. Такое поведение может оказаться абсолютно неправильным по отношению к человеку в ситуации травмы и тяжелой потери. Разве тому, кто потерял близкого человека, не пристало скорее плакать, чем сдерживать слезы? Поэтому проявить уважение в таком случае – это значит позволить человеку выразить свое горе и отчаяние и не настаивать на том, чтобы он немедленно успокоился. Много лет назад, в Чили, мне пришлось иметь дело с семьей, у которой во время массовой демонстрации протеста от рук полицейских погиб четырнадцатилетний мальчик. В семье остались лишь мать и дочь. Друзья с самыми лучшими намерениями говорили девочке, чтобы она поменьше плакала, потому что от ее слез промокнут крылышки ее брата и ему будет труднее улететь на небо. У маленького ребенка и без того сильно расстроенного, в результате накапливалось еще и чувство вины за свои слезы, что, разумеется, не помогло девочке успокоиться. Только после того, как мы (врачи) сумели довести до сознания матери и дочери две важнейшие вещи, они начали постепенно возвращаться к нормальной жизни, хотя горевали еще долго. Мы убедили их, а) что в смерти мальчика повинны не они, а полицейские, и б) что плакать – это правильно и естественно и что их слезы помогут ребенку подняться на небо, потому что покажут там, как сильно его любили родные.

Уважение, таким образом, означает многое, но самое главное – это не усугублять страданий человека, признавать его горе и душевные раны, но также и верить в его стойкость и способность продолжать жить. Уважать – значит искренне интересоваться его историей, позволять ему выражать себя по-своему и не претендовать на полное понимание другого человека. Уважать – значит не закрывать свою душу, не уходить, когда люди начинают по-настоящему разговаривать с нами.

4.2. Понимание

Вторая установка – понимание – важна не менее первой. Постигание динамики травмы занимает центральное место в работе с жертвами, хотя это не означает, что надо обязательно всегда действовать в соответствии со своим пониманием. Например, такие черты характера человека, как недоверчивость, неуверенность, пассивность и подверженность страху могут объясняться психической травмой. Лучше поняв травму, мы не станем удивляться тому, что человек, затаивший в душе смертельный ужас, все же в состоянии говорить, общаться и даже работать. Однако очевидно, что понимание не есть нечто, обретаемое *a priori*. Оно всегда зависит от наших знаний конкретных обстоятельств и от того, как развиваются наши взаимоотношения с данным пациентом. По крайней мере, мы можем стараться узнать больше и тем углубить свое понимание, а интуиция подскажет нам, в каком направлении лучше всего двигаться. Так, если травма в полной мере характеризуется постулированной нами разрушительной силой и к тому же развивается последовательно, тогда мы можем быть уверены, что травмированные люди ведут очень трудную борьбу за восстановление своей личности. Мы поймем, например, что у одиннадцатилетнего мальчика в Сальвадоре, чьи родители погибли в начале войны и кто несколько лет был хорошим, добросовестным солдатом, сейчас, в мирное время, в школе начнут появляться серьезные проблемы. Родители умерли, авторитет и социальная значимость, какие он приобрел в роли солдата,

исчезли, теперь он просто школьник, не очень хорошо умеющий читать и писать. Мы поймем, что он только сейчас начинает горевать о потере родителей, о пропавшем детстве и что ему, скорее всего, тогда было легче быть “хорошим солдатом”, чем теперь – “тупым учеником”. Если мы хотим помочь ему, то должны без условно иметь в виду солдатскую часть его биографии, т.е. принять его и его прошлое такими, какие они есть, всерьез пытаюсь увидеть в его прошлом что-то значительное, но в то же время настраивать на столь необходимую ему учебу. Можно, например, давать ему побыть “учителем”, поручая организационные задачи, позволяя учить других чтению и письму и вовлекая его тем самым, вместе с другими учащимися, в учебную работу.

4.3. Сопричастность

Третья установка – сопричастность – включает в себя две первые, но по содержанию она шире. Психотерапевты прекрасно знают, что они никогда не должны отступать от одного из фундаментальных законов общения, который гласит, что в общении всегда присутствует два аспекта – один касается характера отношений, устанавливающихся между людьми в процессе общения, а второй – содержания общения. Первый аспект всегда сильнее и важнее второго. Это значит, например, что учитель математики, преподавая учащимся свой предмет (аспект содержания), всегда устанавливает с ними специфические отношения учителя и ученика, и вне этих отношений учитель и учащиеся общаться не могут. Да и успех студентов в изучении математики зависит не столько от предоставляемой учителем информации, сколько от отношений, установившихся между ними и учителем. Можно только удивляться, что об этом законе знают одни психологи. Не лучше ли было бы всем людям усвоить его? Особенно это необходимо преподавателям и вообще всем тем, чья задача – передавать другим информацию, но кто часто забывает, что, чтобы информация действительно дошла до другой стороны, необходимо быть с этой стороной в отношениях сопричастности.

При работе с травмой это центральный вопрос. Надо понимать, что помощь кризисным или охваченным чрезвычайными ситуациями регионам никогда не исчерпывается удовлетворением непосредственных нужд населения, но всегда включает и вопрос, в какой форме предоставляется эта помощь и как она воспринимается. Отнюдь не все равно, участвуют ли сами люди в удовлетворении своих потребностей, например, в пище и жилище или лишь пассивно принимают постороннюю помощь. В последнем случае не стоит удивляться, если они так и останутся пассивными и не будут стараться восстановить свое прежнее самостоятельное существование. Построение и развитие людских взаимоотношений, следовательно, представляет собой ключевой момент работы с травмой. Целью психотерапии всегда является демонстрация истинного уважения и понимания пациентов и создание контекста, в котором могут происходить положительные изменения их психики. Сопричастность также предполагает веру в человека, перенесшего психическую травму, веру в то, что у него есть энергия и творческие возможности, которые он способен использовать во благо себе. Идея “помочь опекаемому – помочь самому себе” не нова, однако не все специалисты, занимающиеся программами социального развития, принимают ее всерьез. Коротко говоря, даже в самых ужасных ситуациях люди смогут помочь себе сами, если посторонние помощники создадут с ними такие взаимоотношения, которые будут одновременно и преданными, и уважительными, т.е. создадут некое защищенное пространство, где люди почувствуют, что в них верят и где смогут самостоятельно развивать новые инициативы.

4.4. Психологическая работа с индивидуумами в конкретных социальных контекстах

Все, кто работает в кризисных регионах, должны знать, что работа с душевной травмой не ограничивается работой психологов. В травме есть ряд сугубо психологических аспектов, но над ними следует работать обязательно в рамках междисциплинарной методологии. Грустно наблюдать, как в разных точках земного шара снова и снова повторяется одна и та же ошибка – травму считают душевным заболеванием, лечение которого никак не зависит от восстановления экономики и образования. Психологическая работа никогда не должна быть самоцелью. Ее нужно понимать как такой метод обращения с индивидуумом, который требует изучения его личных особенностей и его истории, а также учета наличествующих социальных и экономических реалий. Так, в одной ситуации работа с травмой может состоять в медикаментозном лечении, а в другой ею может быть восстановление жилищ самими пострадавшими или даже школьная работа.

Пример конкретной работы: общинный центр в Боснии

В небольшом боснийском городке под названием Сански Мост осуществляется проект, по которому женщины, перенесшие душевную травму во время войны (большинство из них потеряли мужей), опекают одиноких стариков. Это дает вдовам возможность иметь небольшой заработок, обеспечивая в то же время своим подопечным базовые медицинские и социальные услуги, которые в данном случае обходятся гораздо дешевле государственных. В работе женщины преодолевают свою изоляцию, они вместе обсуждают проблемы пожилых людей, а также свои собственные трудности. Их курирует группа местных активисток, которые с помощью швейцарских агентств по развитию организовали для этой работы общинный центр. Это настоящий проект самопомощи. Несмотря на собственное горе, участницы постоянно обдумывают и обсуждают возможности улучшения работы центра. В Боснии родители и дети обычно сильно привязаны друг к другу, и эти отношения традиционно имеют высокую ценность. Помощь старикам к тому же позволяет не забывать прошлое – довоенное прошлое. Перед нами, таким образом, интегрированный проект, который обеспечивает социальные услуги, порождает доход, работает на преодоление психической травмы и при этом выполняется непрофессионалами, прекрасно справляющимися со своими обязанностями.

Второй пример: Грамин-Банк, Бангладеш

Еще один пример конкретной работы – это бангладешский Грамин-Банк, так называемый банк бедных. Не думаю, что его основатели когда-нибудь думали о лечении психической травмы как об одной из целей своей работы. Но когда знакомишься с их делами, с тем, как они завоевывают доверие людей, помогают им объединяться в группы, как уважают культурные традиции и в их рамках развивают экономические перспективы, не можешь не чувствовать: это и есть великолепное лечение психической травмы, хотя вся работа банка заключается в предоставлении микрокредитов, мелких займов, обычно не превышающих 200 долларов США. Сколько экономических проектов помощи потерпело неудачу именно из-за того, что помогающие больше интересуются деньгами, чем людьми, которым одалживают деньги. А Грамин-Банк действует как раз наоборот: его пре-

жде всего интересуют люди, их жизнь и их нужды. Банк работает над новыми перспективами совместно с людьми, понимая, что удовлетворение насущных потребностей и возможность достичь самостоятельности и помогать себе самим не исключают, а дополняют друг друга в решении одной и той же проблемы. К тому же Грамин умеет объединить людей в группы таким образом, что это помогает им контролировать свои чувства в самом прямом терапевтическом смысле. В конце концов люди добиваются вполне удовлетворительных экономических результатов. Но деятельность банка приносит и другой результат: даже самые эксплуатируемые граждане и люди с самыми глубокими травмами обретают веру в себя и свои возможности и начинают создавать более достойную жизнь.

5. Опасность психической травматизации для работающих с травмой. Наблюдение и предупредительные меры против нервного истощения

В заключение я хотел бы сказать несколько слов о тех людях, которые пытаются помочь другим справиться с травмой. Когда стараешься помочь другим, часто забываешь, что от травм не застрахован никто и что помощники тоже не сверхвыносливы. Имея дело с человеческой болью, заботиться о себе считаешь роскошью. Однако хорошо известно, что люди, работающие в чрезвычайных ситуациях, должны быть очень внимательны к самим себе. Нередко они переоценивают сопротивляемость своей психики и недооценивают собственную потребность в уважении и поддержке со стороны других. Часто работники не устанавливают никакой дистанции между собой и своими подопечными, постоянно перенапрягаются, что, в конце концов, приводит к полному истощению сил. Последствия такого небрежения по отношению к себе иногда описывают выражением “сгореть на работе”. Человек в таком состоянии плохо работает, заболевает и начинает испытывать неприязнь к тем самым людям, которым хотел помочь. Эту проблему признают во всем мире, но редко решают ее адекватным образом. Дело в том, что агентства обычно не хотят платить за кураторское наблюдение, тренинги и “тайм-ауты” работников. Сами психологи тоже склонны оставлять без внимания собственные проблемы и разочарования и продолжают работать, пока не выйдут из строя.

Избежать этих ошибок можно только при действительно серьезном отношении к тому известному факту, что травматическая ситуация способна так или иначе травмировать и самих работников и что им требуется время, чтобы преодолеть собственную травматизацию. Необходимо регулярное наблюдение за персоналом, которое в данном контексте не должно выполнять функцию еще одного инструмента контроля, а быть для работника возможностью обсуждать трудности своей работы в атмосфере доверия и уважения. Если нельзя организовать такую службу собственными силами, то нужно привлекать кураторов из других стран, одновременно создавая соответствующую структуру на месте. Следует побуждать персонал писать и рассказывать о своей работе – это способ для работника справиться с трудностями, не дать им превратиться в личный травмирующий фактор, а увидеть в них один из аспектов общей работы с психической травмой. Работникам необходимы также отпуска и поездки в другие мес-

та. Иногда это могут быть и официальные командировки, но важно с пониманием относиться также и к законному желанию человека на время отойти от работы, “передохнуть”.

Из-за недостаточного внимания к этой проблеме команды психологов во всем мире проходят через серьезные кризисы. В психической травме всегда присутствует элемент крайней агрессивности. Если мы не научимся работать с этой агрессивностью, то будем обречены испытывать ее и в своем собственном кругу, что в лучшем случае снизит качество нашей работы, а в худшем – подорвет наше собственное здоровье.

6. Выводы

Включение психологического параметра в рассмотрение последствий организованного насилия на первый взгляд кажется достижением. Однако если травма воспринимается лишь как медицинская проблема вроде малярии или оспы и лечится типично медицинскими способами, тогда это достижение становится сомнительным. В этом случае работа с травмой превращается в еще одну “дымовую завесу” в арсенале политической пропаганды, давая людям всего лишь иллюзию помощи. Важнейшие для понимания индивидуальной психической травмы проблемы, связанные с отношениями власти в обществе и с социальным конфликтом, не просто игнорируются, а, хуже того, интерпретируются как болезненное восприятие самого пациента, что еще больше подрывает его способность противостоять ситуации. Немного преувеличивая, можно сказать, что сначала мы ввергаем человека в войну и разрушения, а потом предлагаем ему лекарства – вместо изменения социальной ситуации.

Имея дело со страданиями, вызванными рукотворными катастрофами, мы сталкиваемся с двумя проблемами. Во-первых, мы должны стараться понять действующие здесь основные психологические факторы и настаивать на должном признании важности этих факторов. Во-вторых, нельзя допускать дешевой “психологизации” политических проблем и необходимо добиваться, чтобы социополитические аспекты не игнорировались, а активно признавались и интегрировались в нашу работу. Другими словами, в катастрофах, вызванных человеком, нам приходится иметь дело и с индивидуумом, и с обществом, и с материальным, и с духовным аспектами жизни, с политикой и экономикой, с понятием справедливости и с психологией.

Понятно, следовательно, что психическая травма – это весьма сложный феномен, и мы не должны делать ошибочного вывода, что одни лишь высококвалифицированные профессиональные врачи могут ею заниматься. В последнее время в кризисных регионах мира не только начали осуществляться проекты по работе с психической травмой, но и появилась целая армия соответствующих экспертов (обычно из богатых индустриальных стран), обучающих местных жителей методам исцеления травмы. Большая часть этих методов берется из стратегии лечения душевных болезней, выработанной в условиях индивидуалистической культуры богатых западных стран. Поэтому упомянутые эксперты нередко терпят неудачу в кризисных регионах, где травма есть коллективная реальность, а культура отличается от западной. Примерно 80% работы по травме в кризисных регионах ведется непрофессионалами. Некоторые из них проводят медицинское лечение, но большинство занято делами, связанными с развитием образования, с защитой прав человека и с экономическим восстановлением.

Обучение работе с психической травмой оправдано только при понимании того, что не может быть какого-то одного способа или одной модели этой работы. К работе с травмой нужно подходить творчески, принимая во внимание ее разнообразные конкретные условия, и не ограничиваться индивидуальной терапией.

Работа с психической травмой может повсеместно стать важным фактором помощи людям, старающимся справиться с последствиями организованного насилия, но вести ее следует добросовестно и с учетом конкретного культурного контекста. Работа с травмой должна быть частью интегрированного подхода, включающего также образовательный и экономический факторы, и всегда содержать как индивидуальный, так и коллективный аспекты. Для ее результативности нужны структуры поддержки на национальном и международном уровне. Мы должны не допустить превращения работы по преодолению психической травмы в международный бизнес, но способствовать проявлению и развитию международной солидарности в этой области.

- Balint M.*, 1965. Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. Bern und Stuttgart: Huber und Klett.
- Becker D., Lira E.* (eds.), 1989. Derechos Humanos: Todo es segun el dolor con que se mira. Santiago, Chile: Institute Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos.
- Becker D., Castillo M.I.*, 1990. Procesos de traumatizacion extrema y posibilidades de reparation, unpublished paper. Institute Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos, Santiago, Chile.
- Becker D.*, 1992. Ohne Haß keine Versöhnung. Das Trauma der Verfolgten. Freiburg: Kore Verlag.
- Becker D.*, 1995. The Deficiency of the Concept of Posttraumatic Stress Disorder when Dealing with Victims of Human Rights Violations // Beyond Trauma / Eds. R. Kleber, C. Figley and B. Gersons. NY: Plenum Press. P. 99–110.
- Bion W.*, 1990. Lernen durch Erfahrung. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Bettelheim B.*, 1943. Individual and Mass Behavior in Extreme Situations // Journal of Abnormal and Social Psychology. № 38. P. 417–452.
- Ferenczi S.*, 1988. Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932. Frankfurt/M.: S. Fischer Verlag.
- Laplanche J., Pontails J.-B.*, 1977. Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt/M.: Suhrkamp Verlag.
- Khan M.*, 1977. Das kumulative Trauma // *Khan M.* Selbsterfahrung in der Therapie. Munchen: Kindler Verlag.
- Keilson H.*, 1992. Sequential Traumatization in Children. Jerusalem: Magnes press, Hebrew University (Work first published in German in 1979).
- Kinston W., Cohen J.*, 1986. Primal Repression: Clinical and Theoretical Aspects // International Journal of Psychoanalysis. № 27. P. 337–355.
- Winnicott D.*, 1954. Metapsychological and Clinical Aspects of Regression within the Psychoanalytical Setup // Collected Papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis. London: Hogarth Press.
- Winnicott D.*, 1960. Ego Distortions in Terms of True and False Self // The Maturational Process and the Facilitating Environment. London: Hogarth Press.
- Winnicott D.*, 1965. The Maturational Process and the Facilitating Environment. London: Hogarth Press.

Дополнительная литература о комплексе проблем психологической травмы
American Psychiatric Association. 1994. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4th ed.; DSM-IV) Washington, DC: Author.

- Bergmann M., Jucovy M.* (eds.), 1982. Generations of the Holocaust. Basic Books. NY.
- Danieli Y.* (ed.), 1998. International Handbook of Multigenerational Legacies of Trauma. Plenum Press. NY.
- Fischer G., Riedesser P.*, 1998. Lehrbuch der Psychotraumatologie. Munchen: Reinhard Verlag.
- Kritz N.* (ed), 1995. Transitional Justice Vol. I – III. United States Institute of Peace, Washington.

Krystal H., 1968. *Massive Psychological Trauma*. NY: International UP.

Robben A., Suarez-Orozco M. (eds.), 2000. *Cultures under siege: Collective Violence and Trauma*. Cambridge UP. Cambridge UK.

Stiftung fur Kinder (ed.), 1995. *Children- War and Persecution*. Proceedings of the Congress of Hamburg, Sep. 26–29. 1993. Secolo Verlag, Osnabruck.

Van der Kolk B., McFarlane A., Weisaeth L. (eds.), 1996. *Traumatic Stress: the Effects of Overwhelming experience on mind, body and society*. NY: Guilford Press.

Интересные вэб-сайты

www.amnesty.org

www.hri.ca

www.hrw.org

www.ncptsd.org

www.reconciliation.org.za

www.wits.ac.za/csvr/home