

Тезисы об основаниях и стратегиях работы с шоковой травмой

Год науки 30 марта 2026

Александр Хайкин



Введение

Предлагаемая читателям психологической газеты "Золотая лестница" статья представляет собой отредактированный автором план-конспект лекционной части одного из семинаров его же курса "Стратегии психотерапевта". В ней он описывает теоретические основания и пути практической работы с шоковыми травмами. Автор надеется, что этот изложенный в сжатой структурированной форме материал, будет полезен, как краткое введение в тему для тех специалистов, кто только начинает ее осваивать и будет интересен мастерам травматерапии, как один из вариантов "взгляда сверху" на тему в целом.

При этом автор должен уточнить, что он не специализируется на теме работы с шоковой травмой как таковой. Однако, последствия шоковых травм являются одним из важнейших факторов, запускающих психосоматогенез, то есть, процесс превращения душевных проблем в телесные заболевания. Многолетний профессиональный интерес автора к развитию психологических методов лечения соматических заболеваний и к разработке практик эмоциональной саморегуляции привел его еще около тридцати лет назад к необходимости освоения им методов работы с последствиями травматических эпизодов. А предшествующий опыт научной работы и работа в качестве преподавателя методов психотерапии поспособствовали интересу к самим идеям, лежащим в основе этой практической работы, к их четкому разделению и обобщению.

Автор считает необходимым сделать еще одно уточнение. Он рассматривает термины "шоковая травма", "психическая травма", "психологическая травма" и "психотравма" как синонимы.

Тезисы.

1. Автор не нашел для себя удовлетворяющего его определения шоковой травмы, кроме как понимания травмирования психики аналогичным пониманию травмирования тела, его тканей и органов. То есть психотравма – это нарушение целостности и нормального функционирования психики в результате травматического эпизода.

2. Условия возникновения шоковой психотравмы можно разделить на обязательные и усугубляющие.

1) Обязательные:

а) крайняя степень небезопасности, ужаса и страдания;

б) крайняя степень беспомощности (если субъект во время эпизода сохраняет достаточную субъектность и проявляет поисковую активность, то травма не наступает!);

в) крайняя степень несоответствия происходящего с представлениями субъекта о мире и о том, что может произойти с ним в этом мире.

2) Усугубляющие:

а) внезапность события;

б) нахождение субъекта в травмирующей ситуации в одиночестве;

в) невозможность для травмированного субъекта поделиться пережитым с кем-нибудь.

Определение. Субъектность – это способность к управлению собой (что особенно важно в данном контексте) и внешними объектами, своей жизнью в целом. Можно сказать, что субъектность включает в себя: а) способность к принятию решения об ответе на возникшую ситуацию (что противоположно автоматическому реагированию); б) способность к реализации этого решения; в) контролированию собственного состояния. С одной стороны, противоположным субъектности можно считать беспомощность, состояние "безропотного исполнителя", ощущение себя "жертвой", с другой стороны, автоматическое реагирование.

3. Симптомы травмы можно разделить на следующие группы. (Причем, почти все группы симптомов входят в описание "ПостТравматического Стрессового Расстройства" или "ПТСР".)

1) Избегание попадания в ситуации, аналогичные травматической, вплоть до фобий и отстраненности от собственной жизни.

2) Жизнь в целом и реагирование в определенных ситуациях осуществляется травмированным субъектом таким образом, как будто он до сих пор находится внутри или "рядом" с травматическим эпизодом:

а) флэшбэки, ночные кошмары;

б) неконтролируемые реакции на ситуации, отдаленно похожие на травматическую;

в) паттерны поведения, которые невозможно объяснить нынешним контекстом, но понимаемые в контексте травматического эпизода.

3) Попытки перепрожить эпизод с другими результатами (попытки "нарваться" на нечто похожее, намеренное создание эпизодов, подобных травматическому).

4) Попытки реализовать стрессовую энергию в "энергоемких" формах активности, например, в безудержном и беспорядочном сексе.

5) Попытка уйти от травматических переживаний через алкоголь, наркотики и пр.

6) Пессимизм в отношении перспектив событий, результаты которых могут развиваться как в положительную, так и отрицательную сторону и, что еще важнее, в отношении своих возможностей повлиять на их исход.

7) Хроническая позиция жертвы (отсутствие субъектной позиции).

8) "Выключение" всех положительных эмоций поскольку, отрицательные эмоции важнее для выживания.

9) Различные нарушения идентичности.

4. Существует достаточное разнообразие взглядов на природу механизма травмы.

1) Отщепление травмированного (детского) фрагмента:

а) который навсегда остается в возрасте получения травмы;

б) травматический опыт которого не доступен из других частей психики;

в) который не получает отличный от травматического жизненный опыт;

г) который берет управление на себя, как минимум, в ситуациях сходных с травматической, как максимум, руководит всей стратегией жизни.

2) Отщепление конкретных нереализованных желаний (не всего травмированного ребенка!) защитить себя, убежать, остановить время или очистить себя от результатов травмирующего эпизода и последующая направленность этих отщепленных желаний на их реализацию, по Д. Гроуву [8,9], приводит к формированию неадаптивных и деструктивных стратегий.

3) З. Фрейд считал, что именно избыток впечатлений, заряженных психической энергией, формирует симптомы психической травмы [6].

4) Один из подходов к пониманию механизма формирования шоковой травмы использует этологическое (взятое из науки о поведении животных) понятие импринта (впечатывания) в психику особи на очень раннем этапе ее развития стереотипов восприятия и отношения к важным в дальнейшей жизни особи объектам. Предрасположенность к импринтам, возникающая во время крайней беспомощности, аналогичной детской, приводит к быстрому формированию убеждений, стереотипов восприятия и реагирования.

5) Источник симптомов травмы по П. Левину [5] заключается в неудачных попытках выйти из травматического состояния. Психофизиологический механизм выхода из травматического ступора, присущий всем высшим животным, начиная с рептилий, часто дает сбой у людей. Эмоция ужаса, "замороженная" травматическим ступором, во время выхода из него "размораживается" и "пугает" кору больших полушарий мозга, сил которой у человека (в отличие от остальных животных) "хватает" на приостановку гипоталамического механизма выхода. Таким образом, линейный процесс выхода из ступора "закольцовывается".

6) В части теоретических концепций персональная травма рассматривается как следствие травмы, произошедшей в предшествующих поколениях. В некоторых из них привлекается понятие "родовой памяти" [11].

5. Подходы к терапии травмы во многом соотносятся с приведенным выше описанием теоретических моделей механизма формирования симптомов посттравмы.

1) В технике НЛП Изменение Личной Истории (Реимпринтинг) перепроживание травматического эпизода происходит с новым (взрослым) ресурсом [3]. Поскольку клиент в этом перепроживании уже не беспомощен и в гораздо большей безопасности за счет ресурсов своего "взрослого", он выходит из этого перепроживания с другими реакциями, убеждениями, стратегиями.

2) "Разучивание" ассоциироваться с травматическим воспоминанием, то есть научение диссоциироваться от него, в НЛП представляет собой способ работы с посттравматическими фобиями.

3) Работа, основанная на представлении о связи воспоминания, представления и формирования внутреннего опыта в разных модальностях с определенными направлениями взгляда человеческих глаз [4] позволяет разрушать "синестезические молекулы" проблемного опыта и воссоединяться с ресурсами. Особую известность здесь приобрел метод Десенсибилизации Посредством Движения Глаз Ф. Шапиро [10].

Одна из модификаций работы в ДПДГ предложена И.К. Силенок. Автор с нетерпением ждет летних каникул, когда свободный ресурс его не очень здоровых глаз, очень ограниченный в рабочий период, позволит ему с удовольствием прочитать ее книгу о травматерапии [7].

4) Перепроживание травматического эпизода в гипнотерапии происходит в такого рода трансовом функционировании, которое обеспечивает как безопасность субъекта, так и быструю проработку травматического опыта. В методе Росси [1] осуществляется проецирование интенсивных травматических переживаний в руки

клиента (в прямом и переносном смысле). И, что особенно важно, нет необходимости перепроживания травматического эпизода на осознанном уровне.

5) Способствование реализации физиологического механизма выхода из ступора происходит в Соматическое Переживание П. Левина [5]. Завершение выхода из ступора использует отщепление травматических переживаний ужаса от ощущений, относящихся к самому процессу выхода. Что важно, перепроживание травматического эпизода происходит здесь уже с восстановленной субъектностью и поисковой активностью.

6) В своей Эпистемологической Метафоре Д. Гроув [8,9] исходил из невозможности прямой интеграции целей тех "заряженных энергией" отщепленных в травме фрагментов детской психики, которые, не имея возможности реализовать свои цели, превратились в деструктивные части индивида и его соматические болезни. В этом методе им был создан контекст реализации целей отщепленных фрагментов через их превращение в зрительные метафоры и с последующим их взаимодействием в ходе дальнейшего процесса. Что приводит к необходимой трансформации метафор и последующей их интеграции в общую самоидентичность клиента.

7) В некоторых методах работа направлена на прямую интеграцию травматического опыта в общее поле опыта субъекта.

8) В Дебрифинге осуществляется отреагирование чувств и осмысление опыта в группе людей, совместно переживших травматическое событие.

9) Исцеление индивидуальной травмы через проработку травмы, возникшей в более раннем поколении с помощью поиска и применения мощного духовного ресурса реализуется в Межпоколенном Исцелении (Работа В Четвертом Квадранте) Д. Гроува. В Системных Расстановках снижение воздействия на индивида того травматического опыта (посттравматических стратегий), который имеет трансгенеративную природу, происходит без перепроживания травматического эпизода [2].

6. Существуют три необходимых условия терапии травмы, осуществляемые в каждом методе по-своему.

1) Активирование травмированной части клиента, так, чтобы работа происходила именно с ней или ее фрагментами.

2) Обеспечение субъективной безопасности клиента, то есть поддержания клиента в ощущении безопасности.

3) Обеспечение объективной безопасности клиента, меры, препятствующие ретравматизации и попаданию в аффект.

Средства поддержания безопасности клиента, заложенные в самих практиках:

а) диссоциирование от травматических воспоминаний, часто осуществляемое посредством определенных видов трансового функционирования;

б) осуществляемый психотерапевтом непрерывный контакт с клиентом, при необходимости он применяет директивное ведение клиента;

в) удержание клиента от захвата его травматическими переживаниями, осуществляющееся через: поддержание осознанности клиента к своим переживаниям (здесь и сейчас) и формирования позиции наблюдателя; через восприятие травматических эмоций, как набора "сырых" ощущений; через "уменьшение громкости" травматических переживаний и пр.;

г) создание "безопасного места", куда при необходимости клиент может "переместиться" и пр.

Также безопасным для клиента должен быть сам терапевт и обстановка его кабинета.

7. Стратегии преодоления шоковой травмы специфичны и существенно отличаются от стратегий преодоления т. н. "травм развития", которые обычно совпадают с общими стратегиями психотерапевтической работы. Прежде всего за счет категорической важности обеспечения объективной безопасности, предотвращения ретравматизации в проработке шоковой травмы.

8. В некоторых методах и, особенно, в ситуациях работы с "острой травмой" возвращению клиенту субъектности предшествует этап преодоления дезориентированности и возвращения чувства безопасности. Этот этап зачастую предполагает прямое директивное управление клиентом терапевтом, что в этот момент соответствует потребностям клиента. Однако, при уже произошедшем возвращении клиентом своей субъектности и собственной ориентированности в ситуации, продолжающаяся директивность терапевта уже не соответствует целям сохранения безопасности, но, что еще важнее, очень часто вступает в конфликт с субъектностью клиента!

9. Важно понимать, что после проработки травмы сам травматический опыт не только становится просто памятью, но так же перенесенная и преодоленная травма становится ресурсом! Однако, при этом так же важно не путать это с тем, что в методах, относимых автором к Процессуальным [8,9], например, в Эпистемологической Метафоре, Соматическом Переживании и, отчасти, у Росси, ресурс для преодоления проблемы, в том числе травмы, находится в самой травме, в отличие, например, от того, как это происходит в Реимпринтинге!

Заключение.

Автор отдает себе отчет в том, что эта не очень объемная статья не является всеобъемлющим обзором по теме работы с шоковой травмой. Например, тезис о практиках работы с последствиями переживания субъектом травматического эпизода, безусловно, может быть существенно расширен. Некоторые вопросы вовсе не вошли в описание темы. Однако автор надеется, что данная работа вполне соответствует задачам, поставленным перед ней и сформулированных во введении.

Список литературы.

1. Беккио Ж., Росси Э. Гипноз 21 века. - М.: Класс, 2003. - 263 с.
2. Бурняшев М.Г. Без маски. Книга погружение в системные расстановки и мир подсознания. - М.: Эксмо, 2020.- 120 с.
3. Дилтс Р., Халбом Т., Смит С. Убеждения. Пути к здоровью и благополучию. - Екатеринбург: ЭКО ЭНРОФ, 1994. - 180 с.
4. Дилтс Р. Изменение убеждений с помощью НЛП. - М.: Класс, 1997. - 192 с.
5. Левин П., Фредерик Э. Пробуждение тигра – исцеление травмы.- М.: АСТ, 2007. - 316 с.
6. Решетников М.М. Психическая травма. - СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2006. - 322 с.
7. Силенок И.К. Генеративный подход в работе с психологической травмой и ПТСР. Ультракраткосрочные методы. - М.: Медицинское информационное агентство, 2025. - 496 с.
8. Хайкин А.В. Процессуальные методы в единстве и многообразии. (Методологический аспект.) // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. - 2015. - (2) URL: http://humjournal.rzgm.ru/upload-files/02_Haikin_2015_02.pdf [дата обращения: 05.09.2017]
9. Хайкин А.В. Разрешение внутренних конфликтов и процессуальные методы// Психосоматика и саморегуляция. - 2016. - No 1. - С. 48-61. URL: <http://journall.pro/pdf/1460488476.pdf>
10. Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз. - М.: Класс, 1998. - 496 с.
11. Шутценбергер А.А. Синдром предков: трансгенерационные связи, семейные тайны, синдром годовщины, передача травм и практическое использование геносоциогаммы. - М.:Психотерапия, 2020. - 254 с.



[Александр Хайкин](#) - кандидат психологических наук. Автор метода эмоциональной саморегуляции и соматической самотерапии "Рекодинг" (ранее "Стресс-Айкидо"). Автор Эволюционной концепции психосоматогенеза. Президент Восточно-Европейского Психосоматического Общества. Действительный член Европейской Ассоциации Психосоматической Медицины (ЕАРМ). Психотерапевт Единого реестра профессиональных психотерапевтов Европы (ЕАР). Действительный член и официальный преподаватель Общероссийской Профессиональной Психотерапевтической Лиги (ОППЛ). Член Международного Учёного Совета СРО Национальная организация "Союз психотерапевтов и психологов".

е-mail: alval_khaikin@mail.ru

тел.: +79034018210

сайт: khaikin.ru