

Феномен «смерти семьи» при посттравматическом стрессовом расстройстве (по материалам зарубежных публикаций 90-х годов)

Н.Д. Семенова^{1,2}, кандидат психологических наук, доцент, ведущий научный сотрудник Отдела дистанционной психиатрии и психотерапии; доцент Института клинической психологии и социальной работы (niyami2020@gmail.com).

¹ *Московский НИИ психиатрии — филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России (107076, г. Москва, ул. Потешная, д.3, к. 10);*

² *ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (117513, г. Москва, ул. Островитянова, дом 1, строение 6).*

Проблема посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и других, ассоциированных со стрессом, психических расстройств получила особую актуальность в последние годы в связи с большой частотой психотравмирующих ситуаций, связанных с неопределенностью, угрозой безопасности здоровью и жизни населения и отдельных его слоев. В статье представлен обзор и анализ научной литературы 90-х годов, опубликованной по данной теме, с выделением особого феномена — «смерть семьи» при ПТСР. Поиск осуществлялся в базах данных PubMed, eLibrary и Google Scholar. Подчеркивается важность обращения к данному материалу на фоне растущего количества разнородных публикаций, подчас «размывающих» предметное поле исследований, а также киническую картину расстройств.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, боевая травма, целостность семьи, виктимизация и фрагментация, помощь травмированным семьям.

The 'Death of Family' Phenomenon in Post-Traumatic Stress Disorder (Based on Foreign Publications of the 1990s)

N.D. Semenova^{1,2}, Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor, Leading Researcher at the Department of Remote Psychiatry and Psychotherapy; Associate Professor at the Institute of Clinical Psychology and Social Work (niyami2020@gmail.com).

¹ *Moscow Research Institute of Psychiatry is a branch of the V.P. Serbsky National Research Medical Center of the Ministry of Health of the Russian Federation (107076, Moscow, Poteshnaya str., 3, building 10);*

² *Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «N.I. Pirogov Russian National Research Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation (117513, Moscow, Ostrovityanova str., 1, building 6).*

The high prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD) and other stress-associated mental disorders (acute stress reaction, adjustment disorders), the lack of human and financial resources for complete diagnostics, prevention, and treatment of such disorders are obvious. Many publications in recent decades have been devoted to this very pressing problem. The relevance of diagnostics, treatment and prevention of reactions to severe stress and adjustment disorders is determined by many factors, including the high prevalence of such disorders among victims of disasters, emergencies and other life-threatening events (up to 1/3 of victims); the severity of disorders, up to a psychotic level; the prevalence of suicides in this type of disorders (more than 2 times higher than in the population); a high risk of chronicity — due to the stress disorder itself, as well as in connection with the development of depression, addictions, personality disorders. The high prevalence of PTSD and other stress-associated mental disorders (acute stress reaction, adjustment disorders), the lack of human and financial resources for complete diagnostics, prevention, and treatment of such disorders are obvious. Many publications in recent decades have been devoted to this very pressing problem. The relevance of diagnostics, treatment and prevention of reactions to severe stress and adjustment disorders is determined by many factors, including the high prevalence of such disorders among victims of disasters, emergencies and other life-threatening events (up to 1/3 of victims); the severity of disorders, up to a psychotic level; the prevalence of suicides in this type of disorders (more than 2 times higher than in the population); a high risk of chronicity — due to the stress disorder itself, as well as in connection with the development of depression, addictions, personality disorders.

Keywords: post-traumatic stress disorder, combat trauma, family integrity, victimization and fragmentation, helping traumatized families.

ВВЕДЕНИЕ

Высокая распространенность посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и других, ассоциированных со стрессом, психических расстройств (острая реакция на стресс, расстройства адаптации), недостаточность человеческих и финансовых ресурсов для полноценной диа-

гностики, профилактики и лечения такого рода расстройств — очевидны. Данной, весьма актуальной проблеме, посвящено множество публикаций последних десятилетий. Актуальность диагностики, лечения и профилактики реакций на тяжелый стресс и нарушений адаптации определяется множеством факторов, среди которых — высокая

распространенность подобных расстройств среди жертв катастроф, чрезвычайных и других угрожающих жизни событий (до 1/3 пострадавших); выраженность расстройств, вплоть до психотического уровня; распространенность суицидов при данного рода расстройствах (более чем в 2 раза выше, чем в популяции); высокий риск хронизации — за счет собственно стрессового расстройства, а также в связи с развитием депрессии, зависимостей, расстройств личности.

Особую **актуальность** проблема ПТСР получила в последние годы в связи с большой частотой психотравмирующих ситуаций, связанных с неопределенностью, угрозой безопасности здоровью и жизни населения и отдельных его слоев.

На фоне растущего количества разнородных публикаций, подчас «размывающих» предметное поле исследований, а также киническую картину расстройств, представляется важным обратиться к историческому наследию, а именно — к начальным этапам освещения темы. Интерес представляют зарубежные публикации 90-х годов — начала активного исследования проблемы ПТСР. Исследователи и клиницисты, осуществлявшие диагностику и лечение, задействованные в организации помощи лицам с ПТСР, опирались на DSM III, третье издание Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам тех лет [2].

Важность обращения к данному материалу состоит также в том, что исследования и практические подходы того времени еще представляли в максимально «чистом» виде, без привнесенных последующими 10-летиями «примесей» и без размывания концепции ПТСР. Отметим также, что работы тех лет были не столько констатирующими (указывающими на признаки ПТСР на основе диагностических критериев DSM III), сколько развивающими — предлагались пути лечения, психологического сопровождения, методы и формы медико-психологического просвещения населения, реализуемого на разных уровнях [4, 17]. Информация об особенностях ПТСР, об их негативных эффектах была необходима всем — как широкому кругу специалистов, работающих с пациентами (включая работу в условиях чрезвычайных ситуаций), так и населению в целом.

Цель статьи — обзор и анализ научной литературы 90-х годов, опубликованной по данной теме, с выделением особого феномена — «смерть семьи» при ПТСР. Поиск осуществлялся в базах данных PubMed, eLibrary и Google Scholar.

ЦЕПНАЯ РЕАКЦИЯ: ТРАВМАТИЧЕСКИЕ СОБЫТИЯ И СЕМЬЯ

Публикации 90-х годов можно рассматривать как первые работы, в которых поднимались вопросы, касающиеся семьи пострадавшего от ПТСР. Авторы справедливо указывали на то, что

с момента появления критериев DSM III для ПТСР, диагностические и лечебные вмешательства более сосредотачивались на собственно травмированных людях, и во многом упускалась из виду та «цепная реакция» травматических событий, что распространяется на микросоциальное окружение пострадавшего — семью в целом [6]. Между тем, пострадавшее от ПТСР лицо не живет в безвоздушном пространстве — травматические переживания воздействуют на «семью как систему», и собственно врачевание должно охватывать всю семью [9]. Вместе с тем, переживание травматического события может вытесняться и игнорироваться семьей, может остаться незамеченным окружающими и специалистами, и тогда последствия реакций на тяжелый стресс могут оказаться драматическими.

Феномен «смерти семьи» мы представим, начав с ярких примеров из работы Brende J.O. и Goldsmith R. (1991) [6]. Из четырех представленных авторами случаев (Самоубийство; Боевая травма и потеря; Боевая травма; Дети, ставшие свидетелями самоубийства родителей), мы особо выделим два, касающиеся так называемой «боевой травмы», и остановимся на них подробнее. Краткое описание остальных двух приведем ниже.

Самоубийство. *В этом случае самоубийство 22-летней девушки оставалось постыдной драматической тайной семьи, и отгороженность семьи от окружающего мира в конечном итоге привела к еще одному самоубийству и убийству троих оставшихся членов семьи, десять лет спустя.*

Дети, ставшие свидетелями самоубийства родителей. *В этом случае первоначальной травмой было самоубийство отца, свидетелем которого оказался его двухлетний сын. Это «позорное» событие держалось в тайне в течение долгих девяти лет, а затем у сына развилось посттравматическое «расщепление», сопровождавшееся приступами насилия. Появлению симптомов расстройства предшествовал латентный период, длившийся годы. Эти симптомы, как указывает автор, «разъединили» сына, и на момент исследования имела существенная угроза «разъединения» всей семьи.*

Два оставшихся случая связаны с травматическим военным опытом ветеранов Вьетнамской войны, молодых мужчин, служивших в вооруженных силах США во время войны во Вьетнаме, непосредственно в зоне боевых действий. Высокий риск стрессовых расстройств у мобилизованных для военных действий и демобилизованных — известен. Эти два случая мы приведем полностью.

Боевая травма и потеря. *Дэнни — 42-летний ветеран Вьетнамской войны, муж и отец двоих детей. Он попал во Вьетнам в возрасте 19 лет, и так и не оправился от острой травмы — гибели восьми солдат своего отряда, с которыми был близок и считал их своими братьями.*

Из-за чувства стыда и вины он никогда и никому не рассказывал об этом, не делился воспоминаниями о Вьетнаме. Более того, он так и не смог освободиться от образа «воина», сражающегося во Вьетнаме. Его дом был полон артефактов и символов Вьетнама, выставленных напоказ. Типичные посттравматические симптомы изначально маскировались частым употреблением алкоголя. Позже он начал злоупотреблять психоактивными веществами, и симптоматика ухудшилась: появились навязчивые травматические воспоминания и ночные кошмары. Со временем поведение ветерана стало проблемным, а его настроение — непредсказуемым. Появились выраженные суицидальные и неконтролируемые агрессивные побуждения, он избивал жену, не мог удержаться на работе, замкнулся в себе, будучи не в силах разорвать неуклонно растущую цепь виктимизации. Участившиеся вспышки насилия, склонность к риску и весьма проблемное поведение вызвали у жены опасения за благополучие детей, — все это угрожало целостности семьи. Однажды ночью, когда жена и дети спали, находившийся в подавленном состоянии ветеран, муж и отец, попытался покончить с собой (выстрелил из ружья и серьёзно ранил себя), а затем поджег дом. Всех спасли бдительные соседи и пожарные. Семейную тайну и травму уже невозможно было скрывать, и в конце концов семья обратилась за профессиональной помощью.

Боевая травма. Билл был уже женат и являлся отцом двухлетнего ребёнка (дочери), когда его призвали в армию и отправили во Вьетнам. Вернувшись окончательно к семье после двух «попыток» или командировок, он изменился: часто впадал в ярость, замкнулся в себе, начал много пить, страдал от провалов в памяти и эпизодов повторяющихся произвольных переживаний травмирующего события в ярких представлениях, отражающих пережитое (флешбэков). В такие моменты он, предположительно, издевался над дочерью, хотя и отрицал все это. Затем симптомы стабилизировались, он нашёл подходящую работу, никак не связанную с военной сферой деятельности. Его дочь окончила школу. Вскоре после этого она предприняла попытку самоубийства, предположительно, как отсроченный ответ на стрессовые события детства, и обратилась за помощью к психиатру. Врачу она рассказала, что отец систематически издевался над ней в детстве. Открывшаяся таким образом информация вызвала чувство стыда и отчуждения в семье. Брак её родителей на момент исследования находился под угрозой — мать впадала в глубокую депрессию, а отец увеличил потребление алкоголя.

В этих случаях мы наблюдаем и реакцию на тяжёлый стресс, и нарушения адаптации (F43 по МКБ-10) — психические расстройства, при которых патологический стрессор (острая или длительная психическая травма) является этиологиче-

ским и патогенетическим фактором. Психическая травма ветерана боевых действий как стрессовое событие чрезвычайной силы вызвало патологическое стрессовое состояние — расстройство адаптации — состояние субъективного дистресса с серьёзными нарушениями в эмоциональной сфере, трудностями в повседневной жизнедеятельности, наконец — к нарушению целостности социальных связей, и прежде всего, семейных. При видимом отсутствии необходимой социальной поддержки состояние обоих ветеранов приняло хроническое течение на многие годы, и далее перешло в устойчивое изменение личности. Проявления ПТСР здесь очевидны: подавленное настроение, тревога и раздражительность, нарушения сна, неспособность справиться с задачами повседневной жизни и т.д. Очевидны расстройства поведения, а также сопутствующие расстройства — хронический алкоголизм и другие формы зависимостей, что часто встречается при ПТСР. В приведенных случаях мы имеем дело с одной из наиболее частых причин суицидального поведения, когда расстройство адаптации сочетается с депрессивной симптоматикой.

В первом случае травма, связанная с военным опытом, неразрешённое чувство вины, горе, социальная изоляция, гнев и агрессия, отчаяние и безнадежность — все это годами накапливалось и влияло на семью ветерана, и, в конце концов, стало разрушительным — привело к «смерти семьи» (когда ветеран пожелал все это прекратить — покончить с собой и сжечь свой дом со всеми его домочадцами). Во втором случае аналогичная травма привела к тому, что ветеран начал злоупотреблять алкоголем и систематически издеваться над своим ребёнком. Эта постыдная тайна спустя годы грозила уже распадом всей семьи, приближая семью к «смерти».

То есть, ПТСР может поражать отдельных людей и приводить к раздроблению целых семей. Авторы 90-х годов подробно описывают проявления «смерти семьи», когда травматические события отдаляют и жертв, и семью от других, от мира. И жертва, и семья теряют способность доверять другим, строить отношения вне семьи и, таким образом, еще более отгораживаются от внешнего мира. Главной целью становится выживание, а не просто жизнь, планы на будущее, карьера, отдых и т.п. [17, 20].

Возможно ли предотвратить «смерть семьи»? Авторы указывают на такую возможность, и обращают внимание на необходимость пристального изучения цикла посттравматической виктимизации в семье. Этот цикл весьма устойчив, однако при надлежащих мерах — модифицируем [6]. В вышеприведенных случаях было проиллюстрировано, как формируется процесс посттравматической виктимизации, собственно цикл, приводящий к фрагментации семейной целостности и прочим катастрофическим последствиям.

Опишем подробнее фазы данного, приводящего к разрушительному исходу цикла, когда речь идет о ПТСР в контексте семьи.

ЦИКЛ СЕМЕЙНОЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ВИКТИМИЗАЦИИ

В приведенных выше случаях обнаруживается нечто общее: все они содержат повторяющийся цикл посттравматической виктимизации, разрушающий целостность семьи. Авторы выделяют фазы этого цикла:

1. Первоначальное травматическое событие.
2. Отчуждение и изоляция.
3. Стыд.
4. Фрагментация.
5. Семейные тайны и секреты.
6. Повторение или реконструкция.
7. Разрушительная семейная травма (смерть члена семьи, «смерть семьи»).

1. Среди часто встречающихся видов травм, изначально опустошающих семьи, — насильственная смерть одного из членов семьи в результате самоубийства, убийства или других эпизодов насилия. Это также может быть насилие, свидетелями которого стали члены семьи.

2. Травматический опыт возводит некую «стену» между членами семьи. Они не делятся своими чувствами друг с другом, преобладающей эмоцией становится гнев. Во многих случаях семья выбирает «козла отпущения», который оказывается в изоляции, наедине с чувством стыда и с убеждением, что его никто не понимает. Все это является отражением недоверия и изоляции всей семьи от мира.

3. Семейный стыд часто является результатом травмы, связанной с физическим и сексуальным насилием, и может «заражать» членов семьи, которые совершают насилие, подвергаются насилию или являются свидетелями насилия. Bradshaw J. [3] называет стыд основополагающей эмоцией, которая связывает родителей в деструктивных отношениях и порождает сокрытие и подавление эмоций. Было показано, что стыд является одним из основных факторов длительной изоляции и отчуждения, испытываемых ветеранами Вьетнамской войны [4].

4. Фрагментация семьи особенно вероятна в ситуации хронической психотравматизации, связанной с насилием и угрозой безопасности. Травма часто разделяет браки и семьи. Многие пары, столкнувшиеся с трагедией, распадаются. Все это, по мнению Henry S. [10], происходит по некоей неосознаваемой схеме, инвариантной при разных событиях — будь то землетрясение, неожиданное нападение на близкого человека или его смерть и т.п. Предпоследнее звено схемы — некий внутренний «толчок», за которым следует развод и разрыв отношений. Внезапная трагедия разрушительна, и лишь немногие пары способны её пережить.

5. Секреты взрослых и детей, получивших невысказанные или явные указания или угрозы молчать, могут сохраняться годами, лишь усугубляя симптомы. Стыдные травматические секреты — типичная причина длящихся посттравматических проявлений. Авторы указывают на многолетнее молчание и «секретность» после Холокоста, и на неспособность противостоять чудовищности совершённых злодеяний [7, 11].

6. Травматические стимулы, провоцирующие ПТСР-реакции, ярко описываются Pynoos R.S. и Nader K. [15], с привлечением широкого иллюстративного материала.

7. Завершающим катастрофическим травматическим событием может стать развод, убийство, насилие, сексуальное насилие, внутрисемейное, или насильственные действия, совершённые кем-либо извне в отношении уязвимой к последующей травматизации семьи. Авторы 90-х годов справедливо задаются вопросом: «Почему пары (и члены семьи) разлучаются именно тогда, когда надо сплотиться, поддержать и утешить друг друга? ... Личная катастрофа ... меняет человека, и нельзя, пережив страшную трагедию, продолжать жить так, будто ничего не произошло» [10, стр. 5].

ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ И СЕМЬЯМ

Авторы 90-х годов подчеркивали, что лечение травмированной семьи должно включать разнонаправленные вмешательства: психообразование, психодинамическую терапию, системные, поведенческие и духовные практики. То есть, говоря современным языком, указывалось на партнерскую модель взаимодействия специалистов при оказании помощи [18]. В настоящее время она включает помощь психиатров, психотерапевтов, клинических психологов, неврологов, сексологов, суицидологов, наркологов, врачей других специальностей [19].

Говоря о помощи пациентам и семьям, современные исследователи и клиницисты в качестве основы лечения приводят психотерапевтические методики, направленные на повышение уровня адаптации — улучшение социальной поддержки и возможностей преодоления травмирующей ситуации. Применяются различные психотерапевтические тактики, направленные на совладание с психотравмирующей ситуацией, индивидуальное консультирование, групповая и семейная психотерапия. Релаксационные психотерапевтические методики, когнитивно-поведенческая терапия, концентрированная на психической травме, являются эффективным и приоритетным компонентами комплексной терапии в деле помощи пациентам и семьям. Далее, десенситизация и переработка движением глаз (EMDR) показала свою эффективность, и используется также для профилактики ПТСР. Психофармакотерапия здесь также показана.

В целом, современные авторы указывают на комплексный подход с использованием эффективных психотерапевтических, психофармакологических и немедикаментозных методик. На этом фоне весьма ценны рекомендации специалистов 90-х годов, фокусировавшиеся именно на семье, и направленные на предотвращение ее виктимизации и фрагментации. Не отвергая комплексного подхода, эти специалисты указывают на стратегическое использование различных методов вмешательства — в зависимости от степени виктимизации семьи. Именно поэтому в ходе терапии внимание уделялось проработке необходимого набора тем: «выявление внутрисемейного отчуждения», «определение врачующего сообщества / окружения», «преодоление стыда и сокрытия», «разрыв повторяющегося цикла». Раскроем подробнее содержание этих тем.

«Выявление внутрисемейного отчуждения». Началом терапии была работа по преодолению отчуждения между членами семьи. Здесь было важно выявить фрагментацию (в плане межличностных отношений), переживаемое одиночество и реакции гнева отдельных членов семьи. Для этого создавалась атмосфера, в которой члены семьи могли бы чувствовать себя понятыми, принятыми, и могли бы обрести надежду на избавление от страданий, обусловленных травмированной, охваченной стыдом фрагментированной семейной системой.

«Определение врачующего сообщества / окружения». В тех случаях, когда семьи были частью более крупной системы, расширенной семьи или поддерживающей религиозной общины, членов семьи побуждали к тому, чтобы искать поддержку именно в этих системах. Рекомендовалось посещение групп взаимопомощи, религиозных собраний, разного рода общественных образований — открытых «школ» и «университетов» для взрослых и школьных мероприятий для детей. Психотерапевт или иное врачующее лицо пытались прояснить, как именно и какие человек предпринимает попытки, чтобы вырваться из закрытой семейной системы. Члены семьи, чувствующие себя отвергнутыми, возможно, уже предпринимали подобные попытки, пытались получить заботу и принятие вне семейной системы. Преодолевая стыд и обращаясь за помощью вне семьи, могли совершать ошибки. В поисках принятия могли обращаться к людям, не способным дать то, что действительно необходимо — искреннюю любовь и понимание. В таких ситуациях часто оказывались подростки. Членам семьи сообщалось, что не следует критиковать эту «идентификацию с дурными сверстниками» как плохое поведение, а следует принять и понять причины такого поведения. Исцеляющие или врачующие сообщества — это, прежде всего, стабильные сообщества, с доверием и пониманием относящиеся к травмированным

людям и семьям. Авторы того времени с сожалением указывали на то, что американское общество в этом смысле несовершенно — оно не обеспечивает необходимой среды, заботливой, и в то же время стабильной. «Современная Америка стала географически мобильным обществом, и почти 50 % семей каждые пять лет переезжают в новый штат» [12, стр. 117]. Когда более широкое сообщество способно оказать поддержку, тогда возможно исцеление травмированной семьи.

«Преодоление стыда и сокрытия». Чтобы разорвать заговор молчания, необходимо построить доверие и добиться понимания со стороны психотерапевта. Семьям, попавшим в замкнутый круг виктимизации, необходимо понимание как внутри семьи, так и вне ее. На это может потребоваться время, месяцы и годы. Некоторые тайны не осознаются, пережившие насилие люди часто вытесняют воспоминания о травмирующих событиях. В ряде случаев людям необходимо снова вспомнить о них, тогда они смогут, с помощью психотерапевта, справиться с сопутствующим эмоциональным всплеском. Избавление от чувства стыда — нелегкий процесс. Многие семьи, упомянутые в этой работе, обратились за помощью к священнику (пастору), поскольку в их картине мира именно духовная составляющая играет ключевую роль в преодолении неблагополучия [5]. Авторы цитируемой здесь статьи [6], психиатр и пастор-консультант, активно сотрудничали, помогая семьям с тяжёлыми посттравматическими симптомами. Одни семьи изначально обращались именно за пасторской помощью, тогда как другие — за помощью психиатра (психотерапевта). Некоторым семьям помогло сочетание психотерапии (семейной, индивидуальной или групповой) и пасторского консультирования [6].

«Разрыв повторяющегося цикла». Если член семьи действительно совершает насилие над другим, необходимо серьезное вмешательство, особенно на начальном этапе лечения. Это может быть изоляция или госпитализация члена семьи, направление его на лечение в психиатрический стационар. После того, как опасность насилия минует, необходимо предотвратить рецидив. Для предотвращения возрождения (рецидива) прежних моделей виктимизации и отчуждения необходимо информировать членов семьи о подобном риске. Важно, чтобы члены семьи видели и понимали всю эту последовательность — встали, условно говоря, над этим: отчуждением, стыдом, фрагментацией, обвинениями и виктимизацией, над всем, пережитым ранее. Всякий раз, когда возникает опасность повторного запуска цикла, члены семьи смогут напомнить друг другу о происходившем и попытаться сознательно разорвать этот замкнутый круг. Любовь и понимание могут противостоять страху. Общение и должное внимание друг к другу помогут противостоять

разрушительным порывам гнева. Уважение и прощение смогут погасить обвинения и стыд. Семейная терапия должна продолжаться достаточно долго, до тех пор, пока не будут сформированы новые модели общения и пока не будут преодолены вина и стыд.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представлены публикации 90-х годов, в центре внимания которых семьи, пережившие ПТСР. Это случаи, когда травма оказывает разрушительное воздействие, угрожая целостности семьи, и имеет множество последствий. Травмированные члены семьи могут страдать от таких симптомов, как депрессия, злоупотребление психоактивными веществами, поведенческие проблемы, супружеские конфликты и внутрисемейное отчуждение. Представлена работа психотерапевта с семьей, которая выстраивается с целью сохранения семьи, преодоления виктимизации и фрагментации, могущих привести, условно говоря, к «смерти семьи». Предотвращение посттравматического распада семьи и виктимизации возможно, если вмешательство начато на ранней стадии и продолжается достаточно долго.

В развитие одного из вышеприведенных тезисов, а именно тезиса «Определение врачующего сообщества / окружения», укажем и на современный его разворот. Его наполнение, приведенное выше, безусловно остается, однако к этому добавляется важнейший фрагмент — создание защищенной среды для обучения [1, 8]. Речь идет о программах ВОЗ, ЮНЕСКО и ЮНИСЕФ [13, 16], о создании благоприятной для психического здоровья детей среды обучения, программах поддержки родителей и семьи, о сотрудничестве семьи, школы и сообщества. Иными словами, создается защищенная среда для обучения, включающая программы против буллинга (травли ребенка или подростка со стороны сверстников), группы поддержки сверстников, программы наставничества и т.п. [8]. Все это весьма актуально для детей и подростков из семей с травматическим опытом. Такая работа служит и профилактике суицидов среди подростков, и здесь также идет опора на группы поддержки для родителей, программы на базе школ и за рамками школ, в сообществе. Для тех подростков, домашняя обстановка которых из-за ПТСР неблагоприятна, именно школа может укрепить и сохранить психическое здоровье хотя бы одного члена семьи, может стать системой социальной защиты, обеспечивающей поддержку базовых социальных, эмоциональных и физических потребностей члена семьи — поддержать и сохранить функциональность и целостность семьи.

Литература

1. Alonge O, Chiumento A, Hamoda HM, Gaber E, Huma Z-e, Abbasinejad M, et al. Identifying pathways for large-scale

implementation of a school-based mental health programme in the Eastern Mediterranean Region: a theory-driven approach. *Health Policy Plan.* 2020;35(Suppl_2):ii112–23. doi:10.1093/heapol/czaa124.

2. American Psychiatric Association (1980, 1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Third edition/Revised edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
3. Bradshaw, J. (1988). *Healing the shame that binds you*. Deerfield Beach, Florida: Health Communications, Inc.
4. Brende, J. O. (1990). *Trauma recovery for victims & survivors: A Twelve Step Recovery Program Workbook*. Columbus, Georgia: Trauma Recovery Publications.
5. Brende, J. O. and McDonald, E. (Winter, 1989). *Spiritual Alienation and Recovery in Vietnam Combat Veterans*. *Spirituality Today*, 41.
6. Brende J. O., Goldsmith R. Post-traumatic stress disorder in families // *Journal of Contemporary Psychotherapy*. — 1991. — Т. 21. — №. 2. — С. 115-124.
7. Danielli, Y. (1988). Confronting the unimaginable: Psychotherapists' reactions to victims of the Nazi Holocaust. In J. P. Wilson, Z. Hard, and B. Kahana (eds.) *Human adaptation to extreme stress*. New York: Brunner/Mazel.
8. Fazel M., Hoagwood K., Stephan S., Ford T. Mental health interventions in schools in high-income countries // *Lancet Psychiatry*. 2014. 1(5). P. 377–387. doi:10.1016/S2215-0366(14)70312-8.
9. Figley, C. R. (1989). *Helping traumatized families*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
10. Henry, S. (July 15, 1990) Can a marriage survive tragedy? *Parade Magazine*.
11. Lifton, R. (1968). *Death in life: Survivors of Hiroshima*. New York: Random House.
12. Masters, R. Friedman, L. N. Getzel, G. (1988). Helping families of homicide victims: A multidimensional approach. *Journal of Traumatic Stress* 1, 109-125.
13. *Mental health of children and young people: service guidance*. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
14. Pedersen GA, Smallegange E, Coetzee A, Hartog K, Turner J, Jordans MJ, et al. A systematic review of the evidence for family and parenting interventions in low-and middle-income countries: child and youth mental health outcomes. *J Child Fam Stud*. 2019;28:2036–55. doi:10.1007/s10826-019-01399-4.
15. Pynoos, R. S. and Nader, K. (1988). Psychological first aid and treatment approach to children exposed to community violence: Research implications.
16. Sanders MR, Divan G, Singhal M, Turner KMT, Velleman R, Michelson D, et al. Scaling up parenting interventions is critical for attaining the Sustainable Development Goals. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2022;53(5):941–52. doi:10.1007/s10578-021-01171-0.
17. Titchener, J. (1986). Post-traumatic decline: A consequence of unresolved destructive drives. In C. R. Figley (ed.), *Trauma and its wake*. New York: Brunner/Mazel.
18. Van der Kolk, B. and Greenberg, M. (1986). The psychobiology of the trauma response: Hyperarousal, constriction, and addiction to traumatic exposure. In B. A. Van der Kolk (Ed.), *Psychological trauma*. Washington, DC: Psychiatric Press.
19. *World mental health report: transforming mental health for all*. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
20. Young, M. and Erickson, C. (1988). Cultural impediments to recovery: PTSD in Contemporary America. *Journal of Traumatic Stress*, 1,421-433.