

НАРУШЕНИЯ РЕГУЛЯЦИИ ЭМОЦИЙ ПОСЛЕ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ¹

© 2016 г. М. А. Падун

*Кандидат психологических наук, старший научный сотрудник лаборатории психологии посттравматического стресса Федерального государственного бюджетного учреждения науки Института психологии Российской академии наук, Москва;
e-mail: maria_padun@inbox.ru*

Обсуждаются нейробиологические, психологические, межличностные механизмы нарушения регуляции эмоций после психической травмы. Критико-аналитический обзор литературы показал, что факторы регуляции имеют большой вес в развитии посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и других расстройств, связанных с травмой. Описаны два основных механизма нарушения регуляции эмоций после травмы, один из которых связан с дисрегуляцией, характеризующейся гипертормозимостью и интрузиями (вторжением травматических мыслей и образов), а второй – с гиперрегуляцией (диссоциацией травматических переживаний). Отдельно описан механизм избегания посттравматических эмоций как основное нарушение регуляции эмоций при ПТСР. Проанализированы механизмы переработки посттравматических эмоций в отношениях привязанности.

Ключевые слова: регуляция эмоций, психическая травма, посттравматическое стрессовое расстройство, избегание, подавление эмоций, когнитивная переоценка.

Психическая травма и связанные с ней психические нарушения (в том числе посттравматическое стрессовое расстройство, ПТСР) привлекает сегодня все больше внимания как ученых-исследователей, так и психологов-практиков. По данным американских исследователей, порядка 60% американцев в течение жизни переживают хотя бы одно травматическое событие, 7% – на протяжении жизни хотя бы один раз страдают ПТСР [31]. Более того, ПТСР – не единственное расстройство, возникающее вследствие травмы. Велика роль травмы в развитии расстройств личности, в особенности пограничного личностного расстройства (*borderline personality disorder*) [33], а также депрессии и зависимостей [8].

Для России тема психической травмы имеет острую актуальность в связи с проблемой терроризма, наличием “горячих точек”, а также длительным периодом тоталитаризма и порожденных им репрессий в недавнем прошлом, оказывающих влияние на последующие поколения [9].

Воздействие психической травмы, порождающее в человеке интенсивные чувства страха, ужаса

и беспомощности в первую очередь затрагивает эмоциональную сферу личности, и те нарушения, к которым оно приводит, являются в первую очередь эмоциональными. Недаром в МКБ-10 [3] и *DSM-V* [19] ПТСР входит в регистр тревожных расстройств. Таким образом, изучение травматических и посттравматических эмоций и их регуляции представляет большой теоретический и практический интерес.

Целью настоящей статьи является теоретическое исследование нейробиологических, психологических, межличностных механизмов нарушений регуляции эмоций после психической травмы.

Регуляция эмоций представляет собой совокупность эксплицитных и/или имплицитных психических процессов, направленных на ослабление, усиление или удержание на одном уровне интенсивности и валентности эмоциональной реакции или эмоционального состояния [26, 17]. Атрибутами адаптивной регуляции эмоций являются осознанность, целенаправленность и выбор стратегии, адекватной ситуации [26]. С одной стороны, регуляция эмоций может быть имплицитной, автоматической, с другой – доступность для человека осознанной регуляции эмоций дает возможность

¹ Работа выполнена при финансовой поддержке РГНФ (проект № 15-36-11108а(ц)).

выбора адекватной ситуации стратегии регуляции, обеспечивает гибкость в оценке эмоциогенных ситуаций и эмоциональном реагировании. Целе-направленность как атрибут регуляции эмоций означает наличие у индивида цели воздействовать именно на эмоциональную реакцию или эмоциональное состояние: например, усиливать, ослаблять или удерживать на одном уровне интенсивность переживания или выражения позитивных/негативных эмоций. Третий атрибут регуляции эмоций – стратегия – определяет то, какими средствами достигается регуляторная цель.

Регуляцию эмоций, а также ее нарушения следует рассматривать как сложную систему, включающую в себя различные уровни индивидуальности человека и его бытия в мире: биологический, психологический, микро- и макросоциальный [5].

Наиболее популярной теоретической моделью регуляции эмоций на сегодняшний день является модель Дж. Гросса (*J. Gross*) [29], в основу которой положен процесс развертывания эмоциональной реакции во времени (подробнее об этом см. [4]). “Предшествующие реакции” стратегии определяют регуляцию эмоций до возникновения эмоциональной реакции. К ним относятся: выбор ситуации (предпочтение вовлечения в одни ситуации и избегание других в целях регуляции эмоциональных состояний); модификация ситуации (изменение самой ситуации в целях регуляции ее эмоционального воздействия), распределение внимания (выбор тех аспектов ситуации, на которые следует обращать внимание); когнитивные изменения (когнитивная переоценка значения ситуации). “Фокусированные на реакции” стратегии включаются тогда, когда эмоциональная реакция уже возникла. К этим стратегиям относится изменение эмоциональной реакции (эмоционально-экспрессивное поведение, подавление эмоций, релаксация, физические упражнения, медикаментозные препараты, алкоголь, курение и т.д.) [28].

Большое количество эмпирических исследований посвящено изучению двух стратегий, представленных в модели Гросса: подавления эмоций и когнитивной переоценки. Эксперименты показывают, что подавление выражения эмоций приводит к снижению эмоциональной экспрессии на уровне поведения, но не изменяет интенсивности внутреннего переживания эмоции, усиливая при этом физиологическое возбуждение [27]. Кроме того, подавление способствует ослаблению памяти в отношении связанной с эмоцией ситуации [20], а также имеет положительную связь с симптомами физического и психологического дистресса [6, 55].

Когнитивная переоценка как изменение интерпретации эмоциогенной ситуации в целях регуляции эмоций признана исследователями более эффективной стратегией, чем подавление. Применение когнитивной переоценки для снижения негативных эмоций приводит к снижению интенсивности переживаемой эмоции, а также к снижению эмоциональной экспрессии. Когнитивная переоценка как предпочитаемая стратегия регуляции эмоций не связана с психологическим дистрессом [25], а также имеет положительные связи с психологическим благополучием [7, 28].

Причины индивидуальных различий в способности прибегать к когнитивной переоценке недостаточно ясны. М. Боден (*M. Boden*) и др. [11] высказали предположение, что для эффективной регуляции эмоций (в том числе для возможности переоценки ситуации) необходима доступная осознанию информация о текущих эмоциях и эмоциональных состояниях, т.е. так называемая “четкость в понимании эмоций” (“*emotional clarity*”). Данный термин означает способность человека распознавать, дифференцировать и понимать собственные эмоции [23]. Слабая выраженность этой способности является составной частью алекситимии. Ниже будет показано, что степень персональной ясности в отношении эмоций коррелирует с выраженностью посттравматических признаков.

К. Гратц (*K. Gratz*) и М. Тулл (*M. Tull*) [24] дифференцируют регуляцию эмоций и эмоциональный контроль. Они считают, что любые эмоции – негативные и позитивные – являются функциональными. Из этого следует, что любые попытки воздействовать на сами эмоции непродуктивны, и сама по себе регуляция эмоций сводится, преимущественно, к управлению поведением, связанным с возникающими эмоциями. В свою очередь, эмоциональный контроль как усилия по изменению самих эмоций является неадаптивным и ведет к подавлению и избеганию.

Особую важность в контексте данной проблемы представляет соотношение регуляции эмоций и эмоциональности как черты темперамента [4, 24]. Существует точка зрения, что сама по себе эмоциональность уже включает регуляцию и, соответственно, индивиды с низкой эмоциональной реактивностью изначально имеют эффективную регуляцию [35], тогда как высокореперативные индивиды имеют сложности с регуляцией эмоций.

Другие исследователи разделяют эмоциональную реактивность и регуляцию эмоций [28, 34, 36]. С их точки зрения, человек может иметь вы-

сокую эмоциональную реактивность в сочетании с эффективной регуляцией эмоций. Такой взгляд дает возможность рассматривать регуляцию эмоций как индивидуальный процесс переработки собственных эмоций, независимо от изначального уровня их интенсивности или эмоциональности как черты темперамента. Данная точка зрения подтверждается тем, что в процессе психотерапии пограничного расстройства личности (ПРЛ) эмоциональная реактивность снижается незначительно, тогда как контроль связанного с эмоцией поведения (например, аутодеструктивных действий) со временем снижается значительно [56]. Таким образом, разграничение эмоциональности как индивидуального свойства, мало поддающегося изменениям, и регуляции эмоций как процесса, являющегося мишенью психологического воздействия и доступного для изменений, является крайне важным для научного обоснования методов психологической помощи.

ТИПЫ ПСИХИЧЕСКИХ ТРАВМ

В контексте данной статьи предполагается разграничение специфики психической травматизации, т.к. разные механизмы травмы связываются нами с различными нарушениями регуляции эмоций. Существуют различные классификации травматических стрессоров, однако мы остановимся на одной из них, наиболее точно соответствующей целям настоящего теоретического исследования. Мы будем рассматривать две большие группы психических травм:

1. *Ситуативная травма* – психологические последствия подверженности влиянию краткосрочного, неожиданного травматического стрессора, который влечет за собой угрозу жизни или нарушения физической целостности (примеры: сексуальное насилие, техногенные и естественные катастрофы, дорожно-транспортные происшествия, захват заложников, ограбления). Событие оставляет неизгладимый след в психике индивида (индивид часто видит сны, в которых присутствуют те или иные аспекты события), следы в памяти носят яркий и конкретный характер [8, 50]. В тяжелых случаях последствия такой травматизации приводят к развитию посттравматического стрессового расстройства – ПТСР, основными симптомами которого являются навязчивые мысли и образы, связанные с этим событием, избегание и высокая физиологическая реактивность (подробнее о симптоматике ПТСР см. [3, 8]).

2. *Пролонгированная травма* – последствия влияния на человека повторяющихся травматиче-

ских событий. К такого рода воздействиям относятся участие в военных действиях, повторяющееся физическое и сексуальное насилие, а также различные виды эмоционального насилия: эмоциональное отвержение, травля, вербальное насилие (угрозы, оскорбления, унижения), насильственное принуждение к демонстрации достижений и др. Для такого рода травматических воздействий характерны вариативность, множественность, повторяемость травматической ситуации, а также ее предсказуемость. Часто ситуация возникает по умыслу других людей. Такая травма сначала переживается как ситуативная, но по мере того как травматическое событие повторяется, человек переживает страх повторения травмы и испытывает чувство беспомощности в ее предотвращении. Результатом воздействия пролонгированной травмы может стать изменение в Я-концепции и образе мира индивида, что может сопровождаться чувствами вины, стыда и снижением самооценки. Часто такого рода травматический опыт сопровождается действием диссоциативных защитных механизмов [8].

Одним из вариантов пролонгированной травмы является комплексная травма, которая имеет начало в детском возрасте [54]. Последствия такой травматизации огромны и редко вписываются в картину классического ПТСР. В связи с тем, что травматизация касается еще не сформированной психики ребенка, результатом ее являются нарушения в различных сферах: образуется дефицит функций Я, и, как следствие, нарушение идентичности; не развиваются механизмы регуляции эмоций (в частности, гнева) и импульсов; отсутствует чувство доверия и надежности по отношению к другим людям. Такие нарушения часто приводят к личностным расстройствам, в особенности к пограничному и антисоциальному расстройствам личности, а также к расстройству множественной личности.

Далее будут рассмотрены основные механизмы и особенности регуляции эмоций, сопровождающих два рассмотренных выше типа травматизации.

РЕГУЛЯЦИЯ ЭМОЦИЙ И ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМА: НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ

Известно, что мозговые основы процессов регуляции эмоций связаны с кортико-лимбическими взаимодействиями (подробнее об этом см. [4, 43]).

Современные представления о мозговых механизмах нарушений регуляции эмоций при ПТСР

сводятся к наличию двух типов ПТСР, один из которых связан с дисрегуляцией, характеризующейся гипервозбудимостью и интрузиями (вторжением травматических мыслей и образов), а второй – с гиперрегуляцией (диссоциацией травматических переживаний). Оба типа патологической регуляции могут последовательно сосуществовать у одного пациента, а могут формировать тип течения ПТСР с преобладанием интрузивной или диссоциативной симптоматики. При этом расстройство с преобладанием гипервозбуждения чаще развивается после острой травмы, а диссоциативный тип в большей степени характерен для ПТСР, развившегося вследствие пролонгированной травмы [13, 49, 53].

Рассмотрим мозговые механизмы описанных выше типов нарушений. Посттравматическая дисрегуляция характеризуется сниженной активацией отделов медиальной префронтальной коры, вовлеченных в процессы регуляции эмоций (вентромедиальная префронтальная кора, передняя поясная кора). Свойственная ПТСР повышенная активация амигдалы, таким образом, не регулируется в достаточной степени корой головного мозга. В данном случае мы имеем дело с дисрегуляцией эмоционального реагирования [32], которая состоит в невозможности корковой обработки эмоциональной реакции. В субъективном переживании этот тип нарушений регуляции эмоций проявляется в напряженности, гипербдительности, вспышках гнева, раздражительности, флешбэках, бессоннице. В исследовании Хопер и др. [30] изучались индивидуальные различия в интенсивности посттравматических переживаний в ответ на предъявление стимулов, напоминающих о травме. Было показано, что интенсивность переживаний позитивно коррелирует с активацией островковой зоны правого полушария (часть мозга, связанная с соматическими компонентами эмоциональных состояний) и отрицательно – с активацией ростральной части передней поясной извилины.

Гиперрегуляция эмоций, которая соответствует диссоциативному типу ПТСР, связана с обратными описанным выше закономерностями. Пациенты с ПТСР диссоциативного типа демонстрируют завышенную по сравнению с нормами активацию корковых отделов, включенных в регуляцию (дорсальная зона передней поясной извилины и медиальная префронтальная кора). Для диссоциативного типа ПТСР характерна субъективно переживаемая “замороженность”, невключенность в связанное с травмой эмоциональное содержание. На уровне мозга деперсонализация и дереализация

как основные компоненты диссоциации связаны с подавлением активации лимбической системы префронтальными отделами мозга. В экспериментах, связанных с предъявлением стимулов, напоминающих о травме, интенсивность диссоциативных реакций отрицательно коррелировала с активацией островковой зоны правого полушария (снижение интрацептивных ощущений – деперсонализация) и положительно – с активацией передней поясной извилины и медиальной префронтальной коры [30]. В исследовании пациентов с ПТСР, переживших автоаварию, активация медиальной префронтальной коры положительно коррелировала с интенсивностью диссоциативных симптомов в ответ на просмотр скриптов, связанных с травмой, и отрицательно – с активацией амигдалы [47]. Результаты данных исследований позволяют сделать вывод о том, что диссоциация является стратегией регуляции сверхсильных эмоциональных реакций, механизмом которой является подавление активации лимбической системы префронтальными отделами коры.

РЕГУЛЯЦИЯ ЭМОЦИЙ ПОСЛЕ ТРАВМЫ: ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ УРОВЕНЬ

Само травматическое воздействие, как правило, представляет собой состояние, где осознанная регуляция крайне ограничена и чаще всего практически невозможна, т.е. ситуация не оставляет человеку возможности осознанно обойтись со своим внутренним состоянием и помочь себе. С экзистенциальной точки зрения можно сказать, что в момент травмы человек себя “бросает”, и к этому “бросанию” его принуждает внешний мир.

ПТСР характеризуется своего рода порочным кругом: вторжение – возбуждение – попытка избегания (подавления) – повторное вторжение. На выборках испытуемых, пострадавших в результате различных травматических событий, было показано, что интенсивность симптомов ПТСР сопряжена с высокой выраженностью копинга, ориентированного на избегание [15, 52]. Показано также, что индивиды, которые проявляют острую эмоциональную реакцию сразу после травмы, в дальнейшем демонстрируют более низкий уровень ПТСР-симптоматики и депрессии, чем те, у кого реакция была отсрочена [22]. Данный факт также интерпретируется в пользу положения о ведущей роли избегания в развитии ПТСР.

Подавление эмоциональных переживаний является частью посттравматического избегания.

Вследствие подавления усиливается эмоциональное возбуждение при ПТСР, что вызывает дальнейшее поведенческое избегание любых соприкосновений с травматическими переживаниями. В эксперименте было показано, что у здоровых людей следование инструкции подавлять неприятные мысли, связанные с просмотром фильма, ведет к интрузиям (навязчивым вторжениям) этих мыслей [18]. Подавление как стратегия регуляции эмоций позитивно коррелирует с выраженностью симптомов ПТСР [41]. Индивиды с ПТСР имеют негативные установки в отношении экспрессии эмоций [42], которые препятствуют процессам переработки эмоций после травмы. В психотерапевтическом процессе отмечается снижение выраженности подавления эмоций [11].

Таким образом, исследователи регуляции эмоций при ПТСР полагают, что ПТСР является “расстройством избегания”, что означает неспособность травмированных людей использовать активные стратегии регуляции эмоций, в частности, когнитивную переоценку. Показано, что и в начале, и на окончательном этапе терапии ПТСР способность к когнитивной переоценке отрицательно связана с выраженностью посттравматической симптоматики. Кроме того, в процессе когнитивно-поведенческой терапии ПТСР способность к когнитивной переоценке повышается [11].

Описанная выше способность к дифференциации эмоций (“четкость в понимании эмоций”) предсказывает (с отрицательным знаком) выраженность ПТСР наряду с такими нарушениями регуляции эмоций, как: недостаток принятия эмоций, сложности с вовлечением в целенаправленное поведение в присутствии негативных эмоций, сложности в контроле над импульсами, ограниченный доступ к стратегиям регуляции эмоций [51]. В другом исследовании выявлен совместный вклад низких значений по переменным “четкость в понимании эмоций” и “когнитивная переоценка” в выраженность ПТСР-симптоматики [12].

Выше были описаны нарушения регуляции эмоций, связанные с применением неэффективных стратегий либо недостаточностью ресурсов эмоционального интеллекта (идентификация и понимание эмоций, а также управление ими). При этом особого внимания в связи с проблемами посттравматического стресса заслуживают поведенческие варианты регуляции эмоций, имеющие в своей основе избегание переживаний, связанных с травмой. К ним относятся различные варианты повторяющегося импульсивного поведения: переедание, самоповреждающие действия, применение

психоактивных веществ (алкоголь, никотин, наркотики). Пациенты с ПРЛ в своих самоотчетах расценивают самоповреждающие действия как средство для снижения негативных эмоций: гнева, тревоги, напряжения [14]. Показано, что во время предъявления визуальных образов, связанных с темой самоповреждения, у психически здоровых испытуемых повышался уровень физиологического возбуждения, тогда как у пациентов с ПРЛ – снижался [29]. По различным данным, от 50% до 90% пациентов с ПРЛ прибегают к самоповреждению при непереносимых эмоциональных состояниях [57]. Обращает на себя внимание тот факт, что пациенты с ПРЛ сообщают о слабой боли либо об ее отсутствии в процессе самоповреждений. Показано, что дисрегуляция эмоций опосредует связь между склонностью к самоповреждающему поведению и толерантностью к боли [21].

Эмпирически выделено три типа ПРЛ: с интернализированной дисрегуляцией эмоций, экстернализированной дисрегуляцией и с истерической импульсивностью. Пациенты с интернализированной дисрегуляцией справляются с интенсивными негативными эмоциями, направляя их на собственное тело (например, с помощью самоповреждения или суицидальных попыток). Пациенты с экстернализированной дисрегуляцией переживают, преимущественно, эмоцию гнева и справляются с ней за счет эмоциональной экспрессии (в том числе – агрессии) в адрес других [16]. Пациенты с истерической импульсивностью переживают как интенсивные позитивные, так и интенсивные негативные эмоции. И позитивные, и негативные эмоции регулируются ими за счет импульсивного поведения, а также за счет так называемого “поиска чувственных впечатлений” (“*sensation-seeking behavior*”) – личностной характеристики, предполагающей устойчивую склонность к поиску новых, разнообразных и интенсивных впечатлений, которая может (хотя и необязательно) приводить к необдуманным физическим, юридическим, финансовым рискам [16].

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКАЯ РЕГУЛЯЦИЯ ЭМОЦИЙ В ОТНОШЕНИЯХ ПРИВЯЗАННОСТИ

Теория Боулби [1] стала концептуальным базисом для множества исследований взаимосвязей между сферой близких отношений и адаптацией человека к стрессу и трудным жизненным ситуациям. Основным понятием теории Боулби является понятие “рабочей модели” привязанности. В рабочей модели ключевыми являются представления индивида о том, кто выступает

в качестве объектов привязанности, где их можно найти и каких реакций от них можно ожидать, а также представления о том, насколько приемлем или неприемлем он сам в глазах его объектов привязанности. На основе этих комплементарных моделей возникают прогнозы, которые делает индивид относительно того, насколько доступны и отзывчивы будут объекты привязанности, если он обратится к ним за поддержкой.

Было показано, что у индивидов с ненадежным типом привязанности (тревожным, избегающим, дезорганизованным) наблюдается сниженная способность к регуляции дистресса [1, 2, 45]. В случае тревожной привязанности регуляция дистресса в близких отношениях происходит за счет гиперактивных паттернов (нарушения границ, истерического поведения, провоцирования конфликтов и т.д.). В случае дистанцированной привязанности регуляция эмоций происходит за счет деактивационных стратегий (подавления эмоций, игнорирования эмоциональных потребностей, дистанцирования). Психопатологическими последствиями повторяющихся гиперактивных паттернов регуляции эмоций являются депрессия, патологическое переживание утраты отношений, нарушения контроля над гневом, личностные расстройства. Хроническое использование деактивационных стратегий для регуляции эмоций в отношениях привязанности приводит к снижению способности конфронтировать с трудностями, а также психосоматическим проблемам в связи с подавлением эмоций [38].

В модели Шарвера и Микулинсера [46] описаны три основных компонента, которые включаются в процесс регуляции эмоций на уровне привязанности. Первым компонентом является восприятие угрозы извне, которое запускает первичное поведение привязанности – поиск близости. Далее (второй компонент) происходит оценка доступности внутренних (интернализированных) или внешних объектов привязанности. Если “объект” привязанности доступен и способен к эмоциональной поддержке, то возникает переживание надежности и опоры. Далее активность, не связанная с поведением привязанности, может быть продолжена. Если доступ к объектам затруднен, то на третьем шаге происходит поиск возможностей для достижения близости и защищенности в отношениях привязанности и снижения тревоги. В случае если за счет гиперактивности (активизации паттернов тревожной привязанности) ресурс привязанности может быть доступен, то развивается тревожный поведенческий паттерн (близость запрашивается за счет нарушения границ, истерического поведения, провоцирования

конфликтов и т. д.). Если достижение близости не рассматривается как ресурс, то формируется дистанцированный паттерн привязанности.

Переживание травматического опыта, сопровождающееся чувствами ужаса и беспомощности, запускают сложный процесс совладания, который мобилизует внутренние и внешние копинг-ресурсы личности, в том числе систему привязанности. Основываясь на теоретических и эмпирических исследованиях привязанности, Микулинсер [39] высказывает три предположения относительно процессов вовлечения системы привязанности в процесс совладания с травмой. Первое предположение состоит в том, что поведенческая система привязанности автоматически активируется, когда человек подвергается травматическому воздействию. Травматическое событие, вызывающее интенсивные чувства паники, беспомощности, собственной уязвимости, приводит человека к прохождению описанных выше “трех шагов” привязанности: восприятие угрозы, поиск доступных внутренних и/или внешних объектов привязанности, актуализация поведения привязанности.

Второе предположение касается индивидуальных вариаций в паттернах привязанности. Автор считает, что даже в случае переживания тяжелой травмы индивидам с надежной привязанностью доступно восстановление чувства защищенности и безопасности. Запрос травмированного человека на помощь и поддержку приводит к актуализации внутренних репрезентаций объектов привязанности и внешних объектов – значимых близких людей, что позволяет индивидам с надежной привязанностью обрести опору в себе и других, прибегнуть к конструктивным стратегиям регуляции эмоций и постепенно восстановить эмоциональное равновесие.

В случае дисфункционального поведения привязанности достижения эмоционального равновесия не происходит. Более того, поиск внутренних и внешних объектов привязанности может вносить дополнительные нарушения в процесс совладания с травмой. Невозможность эффективной регуляции эмоций после травмы может включать острое чувство одиночества и отвержения, актуализацию негативных “рабочих моделей” себя и других, использование гиперактивных или деактивационных паттернов привязанности. Все эти процессы повышают риск развития долгосрочных посттравматических последствий, в том числе ПТСР. Иными словами, ненадежный тип привязанности, по Микулинсеру, является фактором риска развития ПТСР [39].

Третье предположение касается внутриспсихических процессов вторжения (интрузии) и избегания при переработке травматических переживаний. Интрузии проявляются в навязчивых мыслях и образах, связанных с травмой, сновидениях, флешбэках. Симптомы избегания выражаются в попытках подавить воспоминания о травматическом событии, чувстве оцепенения, бегстве от контактов с людьми. Надежная привязанность способствует прохождению человека через оба процесса переработки травматической информации. Согласно Микулинсеру [39], ненадежные стили привязанности препятствуют переработке травматического опыта: в частности, гиперактивационные стратегии при тревожной привязанности способствуют репереживанию травматического опыта и возникновению фрустрации в связи с невозможностью получить поддержку, что усиливает интрузивную симптоматику; деактивационные стратегии привязанности способствуют дальнейшему отрицанию последствий травматизации и подавлению связанных с травмой эмоций, что усиливает симптоматику избегания.

Эмпирические исследования подтверждают описанные выше предположения. В частности, на выборке израильских студентов, переживших ракетные обстрелы Иракской армией во время войны в Персидском заливе в 1991 г., было показано, что по сравнению с лицами с надежной привязанностью, индивиды с тревожной привязанностью в большей степени прибегали к эмоционально фокусированному копингу, имели более выраженные признаки тревоги и депрессии, а также более интенсивную ПТСР-симптоматику вторжения и избегания. Участники исследования с избегающим стилем привязанности в большей степени прибегали к копингу, ориентированному на избегание, отрицали депрессивные и тревожные переживания и переживали дистресс через психосоматические симптомы и состояния враждебности, а также через выраженную ПТСР-симптоматику избегания [37]. Подобные результаты о более высокой выраженности признаков посттравматического стресса у лиц с ненадежной привязанностью были получены на выборках взрослых людей, которые в детстве подвергались насилию [10], бывших военнопленных [48], пациентов после хирургических операций [2].

Микулинсер и др. [38] провели сложное и редкое по дизайну исследование связи между стилем привязанности и состоянием людей во время потенциальной угрозы жизни. Во время войны США и Ирака в 2003 г. израильское пра-

вительство и СМИ рассматривали возможные ракетные атаки на Израиль подобно тому, как это было во время войны в Персидском заливе в 1991 г. Авторы исследования изучали связь между диспозициональными характеристиками стили привязанности, измеренными до войны, и состоянием людей во время войны ежедневно в течение 21 дня. Кроме того, дополнительно измерялись контекстно-специфичные характеристики надежной привязанности, т.е. то, насколько человек чувствует связь с другими людьми, а также комфорт и поддержку в отношениях с ними. Таким образом, косвенно измерялось ситуативное переживание надежной привязанности ежедневно в течение всего периода исследования. Было показано, что чем выше выражен дистанцированный паттерн привязанности, тем сильнее избегание связанных с войной мыслей и чувств на протяжении всего периода исследования. Подобный результат касался и тревожной привязанности: ее выраженность коррелировала с навязчивыми мыслями и чувствами, связанными с темой войны. Тревожный и дистанцированный паттерны привязанности были сопряжены с симптоматикой гипервозбуждения в течение 21 дня. Ситуативное переживание надежной привязанности снижало интенсивность переживаний, связанных с войной (например, лица с диспозициональной характеристикой тревожной привязанности чувствовали себя на следующий день лучше, если у них была выявлена ситуативная активация надежного паттерна привязанности).

Экспериментальные исследования с использованием теста Струпа [40] показали, что характеристики привязанности оказывают влияние на латентное время реакции при назывании цвета слов, значение которых связано с травмой. В целом, ненадежные паттерны привязанности (тревожный и избегающий) связаны с большей длительностью времени, затрачиваемого на называние цвета слова, значение которого связано с травмой, у лиц с выраженной ПТСР-симptomатикой. Прайминг, направленный на формирование установки надежной привязанности (включение в начало теста слова, связанного с надежной привязанностью), сокращал время реакции при назывании цвета слова, связанного с травмой, среди испытуемых с ПТСР и снижал воздействие тревожной привязанности на время реакции. В отношении избегающей привязанности данный эффект не наблюдался, что демонстрирует ригидность избегающих паттернов привязанности в случае прямого предъявления стимулов, связанных с травмой.

Описанные выше исследования подтверждают положение о том, что воздействие травматизации на регуляцию эмоций должно рассматриваться системно: на различных уровнях личностной организации, в том числе на уровне межличностных отношений.

РЕГУЛЯЦИЯ ЭМОЦИЙ КАК ФОКУС ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ

Работа над распознаванием, дифференциацией, пониманием эмоций, а также над их регуляцией является обязательной в помощи людям с любыми нарушениями в любом психотерапевтическом подходе. Мы обозначим лишь отдельные акценты, важные, на наш взгляд, для практической реализации описанных выше теоретических представлений о регуляции эмоций после травмы.

Необходимо отметить важность и обоснованность системного подхода в психотерапии психической травмы, т.е. учета биологических, психологических и социальных факторов, оказывающих влияние на развитие посттравматических нарушений. В связи с этим представляется обоснованным сотрудничество различных специалистов в сопровождении клиента: врача-психиатра, психолога, социального работника и др.

Основным фокусом в психотерапии ПТСР является преодоление тех стратегий регуляции эмоций и поведения, которые связаны с избеганием мыслей, ситуаций и эмоций, напоминающих о травме [44]. Такая работа требует совместных усилий психотерапевта и клиента, направленных на осознание, переживание и принятие негативных эмоций, связанных с травмой, т.е. с развитием способности выдерживать эмоциональный дистресс.

Основой для развития способности выдерживать дистресс являются такие отношения между психотерапевтом и клиентом, которые содержат паттерны надежной привязанности: эмпатия психотерапевта и его способность присутствовать рядом с клиентом в его тяжелом состоянии являются залогом формирования чувства безопасности и защищенности в отношениях. Это чувство, в свою очередь, позволяет клиенту укреплять установку о возможности выдерживать и переживать дистресс (страх, вторжение травматических образов) без привычного избегания.

Для тех клиентов, которые пережили травматизацию в детском возрасте, задачи терапии расширяются в связи с недостаточным развитием

тех психических функций, которые делают возможной регуляцию. Необходима отдельная работа по развитию способностей к самонаблюдению в отношении переживаемых эмоций, развитие тех психических функций, которые позволяют на уровне ментальных репрезентаций отделять эмоциональные состояния от личности в целом.

Развитие способности к осознанию и принятию собственных эмоциональных реакций и эмоциональных состояний невозможно без элементов психообразования, особенно в части предоставления информации о “нормальности” любых эмоций (в том числе негативных), а также о закономерности посттравматических интрузий (вторжений травматических образов) как автоматических психических усилий по переработке травмы.

Большую поддержку в психотерапии травмы может оказать совместная работа с партнером клиента в целях развития паттернов надежной привязанности в отношениях и снижения проявлений ненадежной привязанности. В частности, партнер клиента может развивать способность к выдерживанию тяжелых эмоциональных состояний близкого человека, а сам клиент может обучаться запрашивать эмоциональную поддержку.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Описанные выше нейробиологические, индивидуально-психологические и межличностные механизмы нарушений регуляции эмоций после травмы позволяют говорить о том, что факторы регуляции имеют большой вес в развитии ПТСР и других расстройств, связанных с травмой. В частности, наиболее патогенным представляется механизм избегания посттравматических эмоций, который связан как с действием диссоциативных защитных механизмов, функционирующих за пределами осознания, так и с установкой личности в отношении неспособности выдерживать эмоциональный дистресс. Избегание сопряжено с дистанцированием в отношениях привязанности и сопутствующими “вторичными” посттравматическими последствиями: чувствами отчужденности и одиночества.

Нарушения регуляции эмоций имеют специфику в зависимости от типа психической травматизации. Для так называемых “ситуативных” травм характерны нарушения по типу “дисрегуляции”, т.е. “эмоциональное переполнение”, гипервозбуждение с развернутой клинической картиной ПТСР. Для пролонгированных травм, в особенности имевших начало в детстве, в большей степени ха-

рактерны диссоциация, подавление эмоций и психопатология личностных расстройств.

Большой научный интерес представляет исследование соотношения индивидуальных (темпераментальных) и регулятивных факторов в развитии посттравматических нарушений. Широко известно, что посттравматические нарушения на клиническом уровне развиваются далеко не у всех людей, переживших психические травмы. Ясно, что те люди, которым свойственна изначально невысокая эмоциональная реактивность, в меньшей степени подвержены риску развития нарушений. С другой стороны, это не означает, что у высокореактивных индивидов обязательно разовьется ПТСР или другие посттравматические расстройства. Навыки и способности в сфере регуляции эмоций могут стать предиктором успешного совладания с травмой даже у лиц с высокой эмоциональной реактивностью. Изучение данной проблемы будет способствовать научному обоснованию эффективности психотерапевтических практик, направленных на развитие способностей к регуляции эмоций вообще и в посттравматическом периоде в частности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Боулби Дж. Привязанность. М.: Гардарики, 2003.
2. Калмыкова Е. С., Комиссарова С. А., Падун М. А., Агарков В. А. Взаимосвязь типа привязанности и признаков посттравматического стресса (сообщение 2) // Психол. журн. 2002. Т. 24. № 6. С. 89–97.
3. Международная статическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10 пересмотр (МКБ-Х). Всемирная организация здравоохранения. Женева, 1995.
4. Падун М. А. Регуляция эмоций: процесс, формы, механизмы // Психол. журн. 2010. Т. 31. № 6. С. 57–69.
5. Падун М. А. Регуляция эмоций и ее нарушения // Психологические исследования. 2015. 8(39). № 5. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 11.03.2016 г.).
6. Падун М. А., Дорофеева И. Н. Подавление эмоций как фактор риска развития эмоциональных нарушений // Развитие психологии в системе современного человекознания. Часть 1 / Отв. ред. А. Л. Журавлев, В. А. Кольцова. М.: Изд-во "Институт психологии РАН", 2012. С. 609–612.
7. Падун М. А., Климова Л. А. Регуляция эмоций и психологическое благополучие // Психологическое здоровье и духовно-нравственные проблемы современного общества / Под ред. А. Л. Журавлева, М. И. Воловиковой, Т. В. Галкиной. М.: Изд-во "Институт психологии РАН", 2014. С. 242–256.
8. Практикум по психологии посттравматического стресса / Под ред. Н. В. Тарабриной. М.: Когито-Центр, 2007.
9. Тарабрина Н. В., Майн Н. В. Феномен межпоколенческой передачи психической травмы (по материалам зарубежной литературы) // Консультативная психология и психотерапия. 2013. № 3. С. 96–120.
10. Alexander R. W., Bradley L. A., Alarcon G. S., Triana-Alexander M., Aaron L. A., Alberts K. R. Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia: association with outpatient health care utilization and pain medication usage // Arthritis Care and Research. 1998. Vol. 11. P. 102–115.
11. Boden M. T., Westermann S., McRae K., Kuo J., Alvarez J., Kulkarni, M. R., Bonn-Miller M. O. Emotion regulation and posttraumatic stress disorder: A prospective investigation // Journ. of Social and Clinical Psychology. 2013. Vol. 32. No. 3. P. 296–314.
12. Boden M. T., Bonn-Miller M. O., Kashdan T. B., Alvarez J., Gross J. J. The interactive effects of emotional clarity and cognitive reappraisal in posttraumatic stress disorder // Journ. of Anxiety Disorders. 2012. Vol. 26. P. 233–238.
13. Bremner J., Southwick S., Brett E., Fontana A., Rosinheck R., Charney D. Dissociation and posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans // American Journ. of Psychiatry. 1992. Vol. 149. P. 328–332.
14. Brown M. Z., Linehan M. M., Comtois K. A., Murray A., Chapman A. L. Shame as a prospective predictor of self-inflicted injury in borderline personality disorder: A multimodal analysis // Behavior Research and Therapy. 2009. Vol. 47. P. 815–822.
15. Clohessy S., Ehlers A. PTSD symptoms, response to intrusive memories and coping in ambulance service workers // British Journ. of Clinical Psychology. 1999. Vol. 38. P. 251–265.
16. Conklin C. Z., Bradley R., Westen D. Affect regulation in borderline personality disorder // Journ. of Nervous and Mental Disease. 2006. Vol. 194. P. 69–77.
17. Davidson R. J. Affective style and affective disorders: perspectives from affective neuroscience // Cognition and Emotion. 1998. Vol. 12. P. 307–330.
18. Davies M., Clark D. Predictors of analogue post-traumatic intrusive cognitions. Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 1998. Vol. 26. P. 303–314.
19. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
20. Egloff B., Schmukle S. C., Burns L. R., Schwerdtfeger A. Spontaneous emotion regulation during evaluated speaking tasks: associations with negative affect, anxiety expression, memory and physiological responding // Emotion. 2006. Vol. 6. P. 356–366.
21. Franklin J. C., Aaron R. V., Arthur M. S., Shorkey S. P., Prinstein M. J. Nonsuicidal self-injury and diminished

- pain perception: the role of emotion dysregulation // *Comprehensive Psychiatry*. 2012. Vol. 53. P. 691–700.
22. *Gilboa-Schechtman E., Foa E.B.* Patterns of recovery after trauma: The use of inter-individual analysis // *Journ. of Abnormal Psychology*. 2001. Vol. 110. P. 392–400.
23. *Gohm C.L., Clore G.L.* Four emotion traits and their involvement in attributional style, coping, and well-being // *Cognition and Emotion*. 2002. Vol. 16. P. 495–518.
24. *Gratz K.L., Tull M.T.* Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance- and mindfulness-based treatments // R.A. Baer (Ed.) *Assessing mindfulness and acceptance: Illuminating the processes of change*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, 2010. P. 107–133.
25. *Gross J.* Antecedent- and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology // *Journ. of Personality and Social Psychology*. 1998. Vol. 74. P. 224–237.
26. *Gross J.J., Jazaieri H.* Emotion, emotion regulation, and psychopathology an affective science perspective // *Clinical Psychological Science*. 2014. Vol. 2. No 4. P. 387–401.
27. *Gross J.J., Levenson R.W.* Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion // *Journ. of Abnormal Psychology*. 1997. Vol. 106. P. 95–103.
28. *Gross J.J., Thompson R.A.* Emotion Regulation: Conceptual foundations // *Handbook of Emotion Regulation* / Ed. J.J. Gross. N.Y.: Guilford Press, 2007. P. 3–24.
29. *Haines J., Williams C.L., Brain K.L., Wilson G.V.* The psychophysiology of self-mutilation // *Journ. of Abnormal Psychology*. 1995. Vol. 104. P. 471–489.
30. *Hopper J.W., Frewen P.A., Van Der Kolk B.A., Lanius R.A.* Neural correlates of reexperiencing, avoidance, and dissociation in PTSD: symptom dimensions and emotion dysregulation in responses to script-driven trauma imagery // *Journ. of Traumatic Stress*. 2007. Vol. 20. No 5. P. 713–725.
31. *Kessler R.C., Berglund P., Delmer O., Jin R., Merikangas K.R., Walters E.E.* Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication // *Archives of General Psychiatry*. 2005. Vol. 62. No 6. P. 593–602.
32. *Lanius R., Vermetten E., Loewenstein R.J., Brand B., Schmahl C., Bremner J.D., Spiegel D.* Emotion modulation in PTSD: clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype // *American Journ. of Psychiatry*. 2010. Vol. 167. P. 640–647.
33. *Lewis K.L., Grenyer B.F.S.* Borderline personality or complex post-traumatic stress disorder? An update on the controversy // *Harvard Review of Psychiatry*. 2009. Vol. 17. P. 322–328.
34. *Linehan M.M.* Cognitive behavioral therapy of borderline personality disorder. N.Y.: Guilford Press, 1993.
35. *Livesley W.J., Jang K.L., Vernon P.A.* Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder // *Archives of General Psychiatry*. 1998. Vol. 55. P. 941–948.
36. *Mennin D.S., Heimberg R.G., Turk C.L., Fresco D.M.* Preliminary evidence for an emotion regulation deficit model of generalized anxiety disorder // *Behavior Research and Therapy*. 2005. Vol. 43. P. 1281–1310.
37. *Mikulincer M., Florian V., Weller A.* Attachment styles, coping strategies, and post-traumatic psychological distress: The impact of the Gulf War in Israel // *Journ. of Personality and Social Psychology*. 1993. Vol. 64. P. 817–826.
38. *Mikulincer M., Shaver P.R., Solomon Z.* An attachment perspective on traumatic and post-traumatic reactions / M. P. Safir, H. S. Wallach, S. Rizzo (Eds.) *Future directions in post-traumatic stress disorder: Prevention, diagnosis, and treatment*. N.Y.: Springer, 2015. P. 79–96.
39. *Mikulincer M., Shaver P.R., Horesh N.* Attachment bases of emotion regulation and posttraumatic adjustment / D.K. Snyder, J.A. Simpson, J.N. Hughes (eds.) *Emotion regulation in families: pathways to dysfunction and health*. Washington, DC: American Psychological Association. 2006. P. 77–99.
40. *Miterany D.* The healing effects of the contextual activation of the sense of attachment security: The case of posttraumatic stress disorder (unpublished thesis). Bar-Ilan University, Ramat-Gan, Israel, 2004.
41. *Moore S.A., Zoellner L.A., Mollenholt N.* Are expressive suppression and cognitive reappraisal associated with stress-related symptoms? // *Behavior Research and Therapy*. 2008. Vol. 46. P. 993–1000.
42. *Nightingale J., Williams R.M.* Attitudes to emotional expression and personality in predicting post-traumatic stress disorder // *British Journ. of Clinical Psychology*. 2000. Vol. 39. P. 243–254.
43. *Ochsner K., Gross J.* The neural architecture of emotion regulation // J.J. Gross (Ed.) *Handbook of emotion regulation*. N.Y.: Guilford Press, 2007. P. 87–109.
44. *Orsillo S.M., Batten S.V.* Acceptance and commitment therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder // *Behavior Modification*. 2005. Vol. 29. No 1. P. 95–129.
45. *Shaver P.R., Hazan C.* Adult romantic attachment: Theory and evidence // D. Perlman, W. Jones (Eds.) *Advances in personal relationships*. London: Jessica Kingsley, 1993. Vol. 4. P. 29–70.
46. *Shaver P.R., Mikulincer M.* Attachment-related psychodynamics // *Attachment and Human Development*. 2002. Vol. 4. P. 133–161.
47. *Shin L.M., Orr S.P., Carson M.A., Rauch S.L., Macklin M.L., Lasko N.B., Peters P.M., Metzger L.J., Dougherty D.D., Cannistraro P.A., Alpert N.M., Fischman A.J.,*

- Pitman R.K.* Regional cerebral blood flow in the amygdala and medial prefrontal cortex during traumatic imagery in male and female Vietnam veterans with PTSD // *Archives of General Psychiatry*. 2004. Vol. 61. P. 168–176.
48. *Solomon Z., Ginzburg K., Mikulincer M., Neria Y., Ohry A.* Coping with war captivity: the role of attachment style // *European Journ. of Personality*. 1998. Vol. 12. No 4. P. 271–285.
49. *Stovall-McClough K.C., Cloitre M.* Unresolved attachment, PTSD, and dissociation in women with childhood abuse histories // *Journ. of Consulting and Clinical Psychology*. 2006. V. 74. No 2. P. 219–228.
50. *Terr L.* Childhood trauma: An outline and overview // *American Journ. of Psychiatry*. 1999. Vol. 148. P. 10–20.
51. *Tull M.T., Barrett H.M., McMillan E.S., Roemer L.* A preliminary investigation of the relationship between emotion regulation difficulties and posttraumatic stress symptoms // *Behavior Therapy*. 2007. Vol. 38. No 3. P. 303–313.
52. *Valentiner D.P., Foa E.B., Riggs D.S., Gershuny B.S.* Coping strategies and posttraumatic stress disorder in female victims of sexual and nonsexual assault // *Journ. of Abnormal Psychology*. 1996. Vol. 105. P. 455–458.
53. *Van der Kolk B.A., McFarlane A.C., van der Hart O.* A general approach to treatment of posttraumatic stress disorder // *B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane, L. Weisaeth (Eds.) Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. N.Y.: Guilford Press, 1996. P. 417–440.
54. *Van der Kolk B.A.* The neurobiology of childhood trauma and abuse // *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2003. Vol. 12. P. 293–317.
55. *Wastell C.A.* Exposure to trauma: the long-term effects of suppressing emotional reactions // *Journ. of Nervous and Mental Disorders*. 2002. Vol. 190. No. 12. P. 839–845.
56. *Zanarini M.C., Frankenburg F.R., Hennen J., Silk K.R.* The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder // *American Journ. of Psychiatry*. 2003. Vol. 160. No 2. P. 274–283.
57. *Zanarini M.C., Frankenburg F.R., Reich D.B., Fitzmaurice G., Weinberg I., Gunderson J.G.* The 10-year course of physically self-destructive acts reported by borderline patients and axis II comparison subjects // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2008. Vol. 117. P. 177–184.

DISTURBANCES OF EMOTION REGULATION AFTER PSYCHOLOGICAL TRAUMA

M. A. Padun

*PhD, senior research officer of laboratory of Psychology of Posttraumatic Stress,
Federal State-financed Establishment of Science, Institute of Psychology RAS, Moscow*

Neurobiological, psychological, interpersonal mechanisms of disturbances in emotional regulation after psychological trauma are discussed. It is shown that emotion regulation plays big role in the development of posttraumatic stress disorder (PTSD) and other disorders which are connected with trauma. Two main mechanisms of disturbances in emotion regulation after trauma are described. One of them is the dysregulation of emotion with hyperarousal and intrusions of traumatic experience. The second is the hyperregulation (dissociation of traumatic experience). Special attention is given to avoidance of posttraumatic emotions as the main disturbance of emotion regulation in PTSD. Mechanisms of posttraumatic processing of emotions in relationships with attachment figures are discussed.

Key words: emotion regulation, psychological trauma, posttraumatic stress disorder, avoidance, suppression, cognitive reappraisal.