

Интернет-журнал «Мир науки» / World of Science. Pedagogy and psychology <https://mir-nauki.com>

2018, №5, Том 6 / 2018, No 5, Vol 6 <https://mir-nauki.com/issue-5-2018.html>

URL статьи: <https://mir-nauki.com/PDF/24PSMN518.pdf>

Статья поступила в редакцию 03.09.2018; опубликована 22.10.2018

**Ссылка для цитирования этой статьи:**

Падун М.А. Социокультурные факторы в переживании посттравматического стресса // Интернет-журнал «Мир науки», 2018 №5, <https://mir-nauki.com/PDF/24PSMN518.pdf> (доступ свободный). Загл. с экрана. Яз. рус., англ.

**For citation:**

Padun M.A. (2018). Sociocultural factors in the experience of post-traumatic stress. *World of Science. Pedagogy and psychology*, [online] 5(6). Available at: <https://mir-nauki.com/PDF/24PSMN518.pdf> (in Russian)

*Работа выполнена по госзаданию ФАНО № 0159-2018-0007*

УДК 159.9

**Падун Мария Анатольевна**

ФГБУН «Институт психологии Российской академии наук», Москва, Россия

Старший научный сотрудник

Кандидат психологических наук

E-mail: [maria\\_padun@inbox.ru](mailto:maria_padun@inbox.ru)

## Социокультурные факторы в переживании посттравматического стресса

**Аннотация.** В статье анализируются теоретические и эмпирические работы, посвященные изучению влияния культурных факторов на переживание психической травмы и ее последствия. Описаны различия в культурных моделях «Я» и мира, которые оказывают влияние на переработку травматического опыта: для индивидуалистического «Я» в наибольшей степени важны угрозы, связанные с потерей контроля, ощущением беспомощности, утратой независимости; для коллективистического «Я» психическая травма связана с угрозой разрушения отношений, страхом несоответствия своей ролевой позиции, нарушением гармонии в референтной группе. Рассмотрена социально-интерперсональная модель посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) Мэкера и Хорна. Показано, что во влиянии культуры на развитие и течение ПТСР можно выделить несколько механизмов: наличие/отсутствие признания обществом переживших травму лиц как жертв; превалирующие в обществе ценности; культурные различия в использовании социальной поддержки. Указано на роль социально-политического контекста в развитии ПТСР как диагностической категории. Проанализированы различия в распространенности ПТСР в разных культурно-этнических общностях. Описан посттравматический феномен «атака», характерный для представителей латиноамериканских стран с высоким уровнем распространенности ПТСР. Показана роль культурных различий в формировании субъективного значения травматического опыта в автобиографической памяти переживших травму лиц. Подчеркивается, что западные взгляды на психотерапевтический процесс отражают индивидуалистический взгляд на человека. Показано, что такой подход к терапии травмы может быть неэффективным в обществах, где процесс восстановления после травмы может осуществляться только через совладание в целом в социальной группе.

**Ключевые слова:** психическая травма; культура; посттравматическое стрессовое расстройство; идентичность; культурные модели; индивидуализм; коллективизм

Биопсихосоциальный подход к пониманию психических нарушений предполагает, что психопатологические феномены являются следствием комплекса факторов: биологических, психологических и социокультурных [8].

Последствия травматического стресса могут иметь различные особенности в зависимости от характеристик травматического стрессора и индивидуальных свойств пережившего травму человека [6]. Травма представляет собой вызов идентичности человека и может нарушать нормальное психическое развитие на разных возрастных этапах. Однако идентичность и психическое развитие во многом являются продуктами влияния культуры. Травматические события происходят в обществе, где существуют социальные представления о психической травме, которые оказывают влияние на установки людей по отношению к травматическим стрессорам и ожидания в отношении собственных эмоциональных реакций. Следовательно, последствия травматического стресса не могут рассматриваться в отрыве от культурного контекста.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) было впервые введено в медицинские классификации Американской психиатрической ассоциацией. При этом огромное количество природных катаклизмов, военных конфликтов и других травматических стрессоров возникает за пределами западного мира. Понятно, что, в связи с этим возникает вопрос о кросс-культурной валидации ПТСР и подтверждении универсальности этого расстройства как патологической реакции на травматическое воздействие.

Механизмы влияния культуры на последствия травматического стресса не изучены достаточно, так как подавляющее большинство исследований ПТСР проведено в западных, т. е. индивидуалистических, культурах. *Целью* настоящей статьи является описание и анализ социо-культурных механизмов переработки травматического опыта.

### ПТСР и культура

Традиционно травма и ПТСР рассматриваются с позиций индивидуального подхода, в котором роль социума сводится к анализу качества социальной поддержки в жизни травмированного индивида. Основной патопсихологический механизм ПТСР – блокирование обработки травматической информации (в связи с диссоциацией и избеганием) – рассматривается как преимущественно интрапсихический процесс чередования вторжения травматической информации и избегания ее в стремлении человека согласовать дотравматическую и посттравматическую картину мира [3, 4, 23]. Существующие модели психотерапевтического воздействия также ориентированы, преимущественно, на коррекцию посттравматических дисфункций эмоций, памяти и других когнитивных процессов. Однако понимание специфики различий в обработке эмоциональной информации между различными культурами определяет отдельные механизмы в переработке психической травмы, обусловленные различиями в культурных моделях «Я» и мира.

Процесс рассмотрения культурных влияний на переработку травмы следует начать с понятия культуры. Широкое определение культуры предложил М. Херсковиц, утверждавший, что «культура – это часть человеческого окружения, созданная самими людьми» (цит. по: [5]). Принято выделять объективные компоненты культуры (материальные объекты) и субъективные ее компоненты (представления, влияющие на оценку социального мира и поведение). К субъективным компонентам относятся ценности, нормы, убеждения определенной социальной группы, которые находят отражение в социальных практиках и социальных институтах и передаются от поколения к поколению.

Культурно-исторической основой соотнесения понятий «травма» и «культура» является «миф о герое» или мономиф, отражающий жизненный цикл героя, который включает

путешествие (выход из привычной социальной роли); переживание травмы, потери, несчастья; испытания духа и личностные трансформации; возвращение [15]. Согласно мифологии, травма может произойти в любом возрасте (от младенчества до старости), оказав воздействие на эго-идентичность, представления о других людях, о смерти и других экзистенциальных данностях. «Черная дыра травмы» или «опыт бездны» [48] в равной степени выражаются в мономифе и феноменологии ПТСР через переживание столкновения со смертью и близости небытия; чувство оставленности, брошенности; предельное одиночество и безысходность; вызов осмысленности жизни. Мономиф задает спектр вариантов посттравматических трансформаций: от психопатологии до усиления жизнестойкости и развития посттравматического личностного роста.

Культурные модели собственного «Я» и отношений с другими являются частью «картины мира», т. е. комплексами представлений, которые содержат глубинные экзистенциальные знания о том, каков я и каким мне следует быть, а также о том, как достигаются удовлетворяющие отношения. В индивидуалистических культурах акцент делается на представлении о себе как автономном, имеющем опору в себе человеке, одной из важных характеристик которого является самоуважение. Близкие отношения имеют большое значение, но преимущественно в той их функции, которая способствует развитию и актуализации личной успешности и достижений. Эмоции распознаются как внутренние реакции и состояния, переработка эмоциональной информации является, преимущественно, интрапсихическим процессом. В коллективистических культурах представления о себе связаны, в первую очередь, с гармонией в отношениях. Эмоции субъективно распознаются как существующие не внутри человека, а между людьми. Эмоции, переживаемые в семье и других близких отношениях, имеют первостепенную важность для индивида [34].

Классические представления об индивидуализме – коллективизме культур не являются достаточными для понимания психологических различий между их представителями. Известны другие параметры различий между культурами: дистанцированность от власти, долгосрочная/краткосрочная ориентация на будущее, избегание неопределенности, мужественность [22], а также религия, социоэкономический статус и регион внутри страны [17].

Мэркер и Хорн [32] предложили социально-интерперсональную модель ПТСР, в которой факторы, существующие вне индивида и оказывающие влияние на обработку психической травмы, делятся на три уровня:

1. «социальные аффекты» (стыд, вина, гнев, жажда мести и др.);
2. «близкие отношения» (разделение травматических переживаний с другими, эмпатия, социальная поддержка или негативная оценка другими);
3. «общество и культура» (коллективная травма, признание социумом, культурные ценности и т. д.).

Социальные аффекты или социальные эмоции – эмоции, которые возникают исключительно через переживание отношений с другими людьми, социальными группами или обществом в целом. Известно, что хроническое чувство вины является предиктором психопатологической симптоматики [40]. Исследования стыда говорят о его связи с социальным избеганием [43], которое является одним из основных симптомов ПТСР. Гнев и агрессия также выступают предикторами дезадаптации индивидов, переживших травму. Исследователи выделяют так называемую «аппетитную агрессию» [20], которая является в большей степени источником азарта и наслаждения, чем реакцией на угрозу. Ясно, что в хронических травматических ситуациях, таких как регулярное насилие в детстве или война, такой тип агрессии может быть адаптивным. Однако в обычных условиях такая агрессия

провоцирует инициирование новых травматических ситуаций, создавая тем самым замкнутый круг травматизации и насилия.

Роль близких отношений в переработке травматического опыта также широко изучена в различных исследованиях [1, 7, 9, 36]. Предотвращение так называемой «инкапсуляции» травмы, ведущей к тотальному избеганию и усилению ПТСР, является функцией близких отношений. В лонгитюдном исследовании [26] показано, что поддержка близких со временем ослабляется, особенно если происходит усиление ПТСР-симптоматики. Данный факт подчеркивает необходимость психологической помощи людям, которые сами являются источником социальной поддержки.

Во влиянии культуры на развитие и течение ПТСР можно выделить несколько механизмов. *Первый* касается влияния *социального признания* переживших травму людей как жертв травмы, а также вопросов, связанных со статусом травмированных индивидов в обществе. Мэркер и Хэкер [31] в своем обзоре приводят данные о том, что корреляции между выраженностью ПТСР-симптоматики и субъективно воспринимаемым социальным признанием, полученные на выборках ветеранов боевых действий, беженцев, политзаключенных, жертв уличных ограблений в разных странах и культурах, колеблются от -0,25 до -0,45. Таким образом, важным социальным фактором профилактики ПТСР является социальное признание реальности травмы и адекватная оценка степени ее воздействия.

*Второй* механизм социокультурного опосредования посттравматических нарушений связан с *доминирующими в обществе ценностями*. Результаты немногочисленных исследований показывают, что современные ценности (автономия, стимуляция, гедонизм) и традиционные ценности (социальный статус, достижения, конформность) по-разному опосредуют связь между подверженностью травме, процессами социальной поддержки и выраженностью ПТСР-симптоматики. В частности, исследования респондентов – жертв криминала, проведенные в Германии и в Китае, показали, что приверженность традиционным ценностям связана с более выраженной, а современным – с менее выраженной симптоматикой ПТСР [33]. Похожие результаты были получены в другом исследовании [52], проведенном на выборке германских солдат – участников операций НАТО в Афганистане. Эти результаты противоречат точке зрения о том, что следование традиционным ценностям оказывает положительное воздействие на здоровье [29]. Более того, существует связь между количеством погибших в западных странах во время второй мировой войны и последующей выраженностью в этих странах традиционных ценностей, измеренных в 2000 году) [14]. Считается, что это объясняет факт снижения значимости соблюдения прав человека в регионах, где имели место военные конфликты. Эти факты, по всей вероятности, отражают механизмы исторической травматизации.

*Третий механизм* связан с ролью социальной поддержки в процессе совладания с травматическим опытом, которая также имеет культурную специфику. Представители коллективистических культур, обращаясь за социальной поддержкой, убеждены в собственном влиянии на значимых других, а также в том, что запрос на помощь и поддержку может негативно влиять на гармонию в группе [37]. Представители индивидуалистических культур, обращаясь к другим, больше ориентированы на саму помощь и поддержку. При переживании социального стресса «индивидуалисты» имеют более слабый дистресс и более низкий уровень кортизола, если получают так называемую «эксплицитную» поддержку (советы и эмоциональное сочувствие), тогда как «коллективисты», наоборот, имеют низкий дистресс и низкий уровень кортизола, если получают «имплицитную» поддержку (акцентирование ценностей социальной группы) [46]. Таким образом, психологические и биологические показатели стресса связаны с особенностями культурных моделей «Я» и отношений с людьми.

В работе Брекена и др. [11] приводится случай травматизации 28-летней женщины из Уганды, на глазах которой был убит ее муж, и существовала угроза ее жизни и жизни детей. При этом субъективное значение этой травмы, выявленное исследователями спустя 5 лет, заключалось в переживании невозможности похоронить мужа в соответствии с местным обрядом. В другом случае 40-летний мужчина, пробывший в плену, где его подвергали пыткам, в течение 7 дней, сообщил о серьезных изменениях, которые произошли в его личности после пыток. До пленения он формально соотносил себя с христианством, тогда как после него пережил чувство идентификации с личностью Иисуса Христа, который также подвергался пыткам. Это помогло извлечь смысл из страдания, укрепило религиозные чувства, и пережитый опыт субъективно оценивался как позитивный. Приведенные примеры указывают на индивидуальные различия в субъективном значении травмы, которые связаны с культурными ценностями.

### ПТСР у представителей различных культур

С одной стороны, представления современной психиатрии о ПТСР предполагают, что независимо от культурной принадлежности, люди, пережившие одинаковые травматические события, с равной вероятностью должны переживать симптомы травматического стресса той или иной степени интенсивности, а некоторые из них демонстрируют клинический уровень ПТСР. С другой стороны, известно, что внутри США принадлежность к различным расово-этническим группам влияет на выраженность ПТСР. Так, после воздействия одинаковых травматических событий жители США латиноамериканского происхождения демонстрируют более высокий уровень подверженности ПТСР, чем американцы европейского и африканского происхождения. В частности, оценка ПТСР после урагана Андрою показала следующее распределение выраженности ПТСР: латиноамериканцы – 38 %, афроамериканцы – 23 %, белые американцы – 15 % [38]. Уровень ПТСР среди жителей Нью-Йорка латиноамериканского происхождения после 11 сентября 2001 г. также был выше, чем в других этнических группах. Данный факт объясняют более высокой распространенностью среди латиноамериканцев панических атак, связанных с травматическим событием (Adams et al., 2006). Такие же различия были получены при подсчете межрасовых различий в выраженности ПТСР среди вьетнамских ветеранов [16].

В латиноамериканских общностях «атака» (состояние, сходное с паническим приступом), возникающая в связи с тяжелым, непредсказуемым стрессовым событием, является культурно специфическим синдромом. Рассмотрение «атаки» как механизма, усиливающего симптоматику ПТСР, связано с трактовкой ее как диссоциативного феномена (диссоциация в момент воздействия события повышает вероятность развития ПТСР). Другой возможный механизм имеет сходство с таковым при паническом расстройстве: тревожное ожидание повторения «атаки» и катастрофизация ее последствий усиливают ПТСР-симптоматику [18, 21, 30].

Биомаркеры ПТСР – объективно измеряемые показатели, отражающие биологические изменения при ПТСР, – изучены, в основном, на западных выборках. К ним относятся: активность тромбоцитов моноаминоксидазы (МАО-Б), стартл-реакция (вздрагивание на неожиданные стимулы), физиологическая реактивность [51]. За исключением отдельных исследований, например данных о повышенной частоте сердечных сокращений в ответ на предъявление связанных с травмой стимулов у беженцев из Комбоджи с ПТСР по сравнению с беженцами без ПТСР [28], сообщений о кросс-культурных биомаркерах ПТСР обнаружить не удалось.

Оценка интервью с представителями африканского народа Бурунди показала, что симптомы ПТСР после травматических событий у респондентов были практически не выражены, тогда как превалировала симптоматика соматизации, депрессии и тревоги [50]. Похожие результаты были получены в другом исследовании на выборке беженцев из Судана [10]: дистресс был связан с переживаниями по поводу материальных проблем (недостатка еды и медицинской помощи), а также с тревогой, соматическими жалобами и депрессией. Исследование двадцати переживших травму женщин из Сальвадора показало, что девятнадцать из них не демонстрировали симптоматики ПТСР, а переживали явные соматические страдания, которые не входят в диагностические критерии ПТСР [24].

Ученые, проводившие свои исследования после землетрясения в Китае в 2008 году (70 тыс. жертв) и после цунами в Индийском океане в 2004 году (280 тыс. жертв), были удивлены высокой жизнестойкостью жителей [41]. Уровень распространенности ПТСР в разрушенных деревнях в Индии был низким и составил 6,4 %. Развитые стратегии совладания, как индивидуальные, так и работающие на уровне общины, способствовали тому, что подавляющее большинство пострадавших не нуждалось в профессиональной помощи.

Эпидемиологические исследования, проведенные с помощью унифицированных диагностических методов в разных странах, показывают, что уровень распространенности ПТСР в разных обществах различается: от 0 % в народности Йоруба в Нигерии [19] до 3,5 % – среди жителей США [27]. Распространенность ПТСР в особых группах населения – среди переживших войну или террористические атаки – также различается, но подтверждает наличие ПТСР как синдрома в разных культурах. В исследовании, проведенном в Институте психологии РАН, уровень выраженности ПТСР у ветеранов войны в Афганистане (17 %), был сопоставим с данными, полученными в США на выборке ветеранов войны во Вьетнаме (15,2 %) [2].

Описанные выше феномены указывают на различие в посттравматических последствиях между западными и незападными культурами. При этом понимание причин этих последствий также различается: так, например, для коренных жителей Америки – индейцев – характерно представление об утрате индивидом собственного «центра» вследствие травмы, что, в свою очередь приводит к утрате «духа». Сама симптоматика при этом (депрессия, ПТСР, диссоциация) является следствием возникшей бездуховности личности [39].

### **Влияние культуры на переработку травматического опыта и терапия ПТСР**

Внешний локус причинности, который несет в себе диагноз ПТСР, делает его в некоторой степени уникальным в структуре социальных представлений. Д. Саммерфилд (D. Summerfield) приводит комментарий из Американского психиатрического журнала (American Journal of Psychiatry) о том, что «люди редко хотят иметь какой бы то ни было психиатрический диагноз, но ПТСР является исключением» [44, р. 96]. Таким образом, посттравматический стресс представляет собой результат сложного взаимодействия психофизиологических и психосоциальных факторов.

Критика ПТСР, как диагноза, была связана именно с проблемой культурно специфичного социального конструирования этого диагноза в западных обществах [44]. Военные действия США во Вьетнаме имели психологические последствия, которые стали отправной точкой для процесса разработки диагностических критериев ПТСР. Как известно, после возвращения с войны ветераны встретили негативную оценку обществом их действий, что стало одной из причин большого количества суицидов и различных форм психопатологии. Антивоенное движение в психиатрии имело основной задачей формирование социальных представлений о базовой травматогенности войны. В таком контексте ветераны превращались из людей, осуществляющих насилие на территории Вьетнама, в жертв войны. Появление ПТСР

в DSM-III привело к лоббированию интересов ветеранов, которым была обеспечена инвалидность и соответствующая медицинская помощь.

Дальнейшее развитие концепта ПТСР привело к тому, что на сегодняшний день существует ряд перегибов в понимании травмы, в частности, связанных с тенденцией любой дистресс рассматривать как последствия травмы. Изначально заложенный в понимание травматического стрессора критерий экстремальности, выхода за пределы обычного человеческого опыта, в более поздних классификациях DSM стал более «мягким», что также способствовало размыванию понятия травмы.

Понимание культурной специфики процесса совладания с травмой требует прояснения механизмов переработки психической травмы, которые отражены в так называемой «Теории двойной репрезентации» [12]. Исследователи описали два процесса обработки информации о травме. Часть травматической информации, запечатленной в памяти, существует за пределами осознания. «Ситуационно доступная система памяти» включает в себя информацию, запечатленную на неосознаваемом уровне (зрительные образы и звуки, присутствующие в травматической ситуации, на которые в тот момент не было направлено внимание индивида). Ситуационно доступные воспоминания не имеют вербального выражения, не репрезентируются, не символизируются и не могут быть интегрированы в структуры автобиографической памяти. Субъективно эти воспоминания переживаются через сновидения и флэш-бэки (непроизвольные воспроизведения травматических событий, которые могут запускаться как внешними, так и внутренними стимулами). Мы предполагаем, что данный механизм обработки травматической информации в целом универсален для всех людей независимо от культуры. В норме ситуационно доступные воспоминания со временем постепенно стираются из памяти, замещаясь новыми впечатлениями [13].

Второй тип памяти – «вербально доступная память» – доступна сознанию, и воспоминания могут быть как очень детальными, так и избирательными. С помощью этой системы памяти обстоятельства травмы и связанные с ней переживания воспроизводятся в устной либо письменной (нарративной) форме, и это, как правило, свидетельствует о том, что травматический опыт интегрируется в структуру автобиографической памяти и картину мира индивида [3]. Интеграция такого типа воспоминаний в структуру автобиографической памяти требует большего времени, чем интеграция ситуационно доступных воспоминаний, и зависит от *субъективного значения* травматического события, что, безусловно, связано с культурными и религиозными нормами и ценностями.

Джобсон [25] сформулировал различия в формировании автобиографической памяти для индивидуалистического «Я» и коллективистического «Я». Понятно, что система индивидуальных целей любого человека содержит ориентацию как на индивидуалистические, так и на коллективистические ценности, однако предпочтение тех или других диктуется культурой. В момент травматизации для индивидуалистического «Я» в наибольшей степени важны угрозы, связанные с потерей контроля, ощущением бессилия и беспомощности, утратой независимости. Для коллективистического «Я» психическая травма связана с угрозой разрушения отношений, страхом несоответствия своей ролевой позиции, нарушением гармонии в референтной группе.

Перечисленные механизмы влияния культуры на переработку травматической информации являются основаниями для разработки психотерапевтических программ с учетом культурного контекста. Культурные представления о травме содержат следующую информацию:

1. знания о том, как травматическая ситуация соотносится с существующей в культуре картиной мира;

2. требования к процессу исцеления в отношении изменений эмоций и поведения;
3. требования к активности всех участвующих в исцелении: пациента, семьи и близких, терапевта;
4. требования к умениям и навыкам психотерапевта [35].

Эти представления определяют, каким образом культура и общество справляются с психопатологией вообще и с ПТСР, в частности.

Западные взгляды на психотерапевтический процесс отражают индивидуалистический взгляд на человека. Клиент проходит этот процесс во взаимодействии с психотерапевтом, тогда как социальное окружение и другие параметры среды остаются за рамками клинического контекста. Такой процесс может быть неэффективным и даже вредным в обществах, где процесс восстановления после травмы может осуществляться только через совладание в целом в социальной группе [11].

Д. Саммерфилд [45] считает ошибочным представление о том, что подавляющее большинство людей, переживших травму, нуждаются в психологической помощи. Речь идет также о том, что зачатую специалистам с западным образованием бывает сложно отказаться от идеи, что их помощь востребована и необходима, что повышает риск гипердиагностики ПТСР в незападных культурах [42].

Во многих культурах подробное обсуждение своего эмоционального состояния с человеком, находящимся за пределами семейного круга, является неприемлемым [47]. Психообразование, являющееся одним из важных направлений помощи при ПТСР на Западе, показало себя не просто неэффективным, а наносящим вред, когда было применено в отношении представителей народа Бурунди [49]. Данные факты указывают на необходимость учета культурного контекста при работе с пациентами – выходцами из незападных культур.

### Заключение

Травматические события по своей природе могут быть простыми (т. е. содержать один травматический фактор) и сложными (включать несколько травматических факторов), одномоментными, краткосрочными, длительными и хроническими; они могут различаться по тяжести и интенсивности воздействия. Травматические события переживают люди с разными индивидуальными особенностями и, соответственно, с различной уязвимостью к посттравматической патологии. Вместе с тем, последствия травматического стресса возникают у личности, которая имеет идентичность и собственную картину мира, которая включает представления о законах взаимодействия между «Я» и миром. Идентичность и картина мира развиваются в онтогенезе в рамках культурного контекста.

Проведенный обзор показал, что влияние культуры на процесс совладания с травмой осуществляется посредством различных механизмов. Описанные факты свидетельствуют о том, что после переживания травматического события люди, не принадлежащие к западной культуре, могут переживать симптомы и состояния, отличные от тех феноменов, которые относятся к диагностическим критериям ПТСР на Западе.

Глобализация и мощные миграционные потоки во всем мире ставят перед психологическим и психотерапевтическим сообществом особые задачи. Западные модели терапии травмы основаны на индивидуалистических представлениях о личности. Такой подход не охватывает социо-культурные факторы, роль которых в переработке травматического опыта, безусловно, велика.



Особый интерес представляет осмысление теоретических основ психотерапии вообще и психотерапии травмы, в частности, в рамках российского культурного контекста. Неоднородность ментальности российского общества и многообразие этнических общностей на территории России ставит перед психологической наукой задачу разработки теоретических и методологических основ психотерапии травмы в соответствии с национально-культурными особенностями.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Дымова Е.Н., Тарабрина Н.В., Харламенкова Н.Е. Психологическая безопасность и травматический опыт как модуляторы поиска социальной поддержки в трудной жизненной ситуации // Психологический журнал. 2015. Т.36. №2. С. 15-27.
2. Зеленова М.Е., Лазебная Е.О., Тарабрина Н.В. Психологические особенности посттравматических стрессовых состояний у участников войны в Афганистане // Психологический журнал. 1997. Т.18. № 2. С. 34-49.
3. Падун М.А., Котельникова А.В. Психическая травма и картина мира. Теория, эмпирия, практика. М.: Институт психологии РАН, 2012. 133 с.
4. Падун М.А. Регуляция эмоций после психической травмы // Психологический журнал. 2015. Т. 37. № 4. С. 74-84.
5. Стефаненко Т.Г. Этнопсихология: практикум: Учебное пособие для студентов вузов. М: Аспект Пресс, 2006. 208 с.
6. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. 304 с.
7. Харламенкова Н.Е., Проценко Д.А. Социальная поддержка и ее связь с уровнем психической травматизации в разных возрастах // Вестник СПбГУ. Сер. 16. 2015. Вып. 4. С. 129-141.
8. Холмогорова А.Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа изучения психических расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. 2002. Т. 12, № 3. С. 97-104.
9. Adams R.E., Boscarino J.A. Predictors of PTSD and delayed PTSD after disaster: the impact of exposure and psychosocial resources // Journal of nervous and mental disease. 2006. V. 194, p. 485-493.
10. Baron N. Community based psychosocial and mental health services for southern Sudanese refugees in long term exile in Uganda / In: J. de Jong (Ed.) The Plenum series on stress and coping. Trauma, war, and violence: Public mental health in socio-cultural context. New York, NY, US: KluwerAcademic/PlenumPublishers, 2002, p. 157-203.
11. Bracken P.J., Giller J.E., Summerfield D. Psychological responses to war and atrocity: The limitations of current concepts. Social Science and Medicine. 1995. V. 40. № 8. P. 1073-1082.
12. Brewin C.R., Dalgleish T., Joseph S. A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. 1996 // Psychological Review. V. 103. P. 670-686.
13. Brewin C.R., Holmes E.A. Psychological theories of posttraumatic stress disorder // Clinical Psychology Review. 2003. V. 23. P. 339-376.

14. Burri A., Maercker A. Differences in prevalence rates of PTSD in various European countries explained by war exposure, other trauma and cultural value orientation // BMC Research Notes. 2014. V. 7. P. 407-417. doi:10.1186/1756-0500-7-407.
15. Campbell J. Pathways to bliss. New York: Harper. 1991.
16. Chemtob C.M. Posttraumatic stress disorder, trauma, and culture / In: F.L. Mak, C.C. Nadelson (Eds.) International review of psychiatry. 1996. V. 2. P. 257-292.
17. Cohen A.B. Many forms of culture // American Psychologist. 2009. V. 64. p. 194-204.
18. Guarnaccia P.J., Lewis-Fernandez R., Marano M.R. Toward a Puerto Rican popular nosology: nervios and ataque de nervios // Culture, medicine and psychiatry. 2003. V. 27, p. 339-366.
19. Gureje O., Lasebikan V., Kola L., Makanjuola V. Lifetime and 12-month prevalence of mental disorders in the Nigerian survey of mental health and well-being // British journal of psychiatry. 2006. V. 188. P. 465-471.
20. Hecker T., Hermenau K., Maedl A., Elbert T., Schauer M. Appetitive aggression in former combatants – derived from the ongoing conflict in DR Congo. International Journal of Law and Psychiatry, 2012. V. 35. № 3. p. 244-249.
21. Hinton D.E., Chong R., Pollack M.H., Barlow D.H., McNally R.J. Ataque de nervios: relationship to anxiety sensitivity and dissociation predisposition // Depression and anxiety. 2008. V. 25, p. 489-495.
22. Hofstede G. Culture's consequences: comparing values, behaviors, institutions and organizations across nations. London: Sage. 2001.
23. Janoff-Bulman R. Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma, New York, The Free Press. 1992.
24. Jenkins J.H. Culture, emotion and PTSD / In: A.J. Marsella, M.J. Friedman, E.T. Gerrity, R.M. Scurfield (eds), Ethnocultural aspects of post-traumatic stress disorder. Issues Research, and Clinical Applications. Washington, DC: American Psychological Association, 1996. P. 11-32.
25. Jobson L. Drawing current posttraumatic stress disorder models into the cultural sphere: the development of the 'threat to the conceptual self' model // Clinical Psychology Review. 2009. V. 29. P. 368-381. doi: 10.1016/j.cpr.2009.03.002.
26. Kaniasty K., Norris F.H. Social support in the aftermath of disasters, catastrophes, and acts of terrorism: Altruistic, overwhelmed, uncertain, antagonistic, and patriotic communities / In: R.J. Ursano, A.E. Norwood, C.S. Fullerton (eds). Bioterrorism: Psychological and public health interventions. Cambridge: Cambridge University Press, 2004, p. 200-229.
27. Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E., Hughes, M., Nelson C.B. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Archives of general psychiatry. 1995. V. 52. P. 1048-1060.
28. Kinzie J.D., Denney D., Riley C., Boehnlein, J.K., McFarland B., Leung P. A cross-cultural study of reactivation of posttraumatic stress disorder symptoms: American and Cambodian psychophysiological response to viewing traumatic video scenes // Journal of nervous and mental disease. 1998. V. 186, p. 670-676.

29. Kleinman A., Kleinman J. Somatization. The interconnections in Chinese society among culture, depressive experiences, and the meanings of pain / In: A. Kleinman, B. Good (eds). Culture and depression. University of California Press. 1985. P. 429-490.
30. Lewis-Fernandez R., Guarnaccia P.J., Martinez I.E., Salman E., Schmidt A., Liebowitz M. Comparative phenomenology of ataques de nervios, panic attacks and panic disorder // Culture, medicine and psychiatry. 2002. V. 27, p. 199-223.
31. Maercker A., Hecker T. Broadening perspectives on trauma and recovery: a socio interpersonal view of PTSD // European Journal of Psychotraumatology. 2016. V. 7. doi: 10.3402/ejpt.v7.29303.
32. Maercker A., Horn A. Socio-interpersonal Perspective on PTSD: the case for environments and interpersonal processes // Clinical psychology and psychotherapy, V. 2013. № 6. P. 465-481. <http://doi.org/10.1002/cpp.1805>.
33. Maercker A., Mohiyeddini C., Müller M., Xie W., Hui Yang Z., Wang J., Müller J. Traditional versus modern values, self-perceived interpersonal factors, and posttraumatic stress in Chinese and German crime victims // Psychology and Psychotherapy. 2009. V. 82. P. 219-232. doi:10.1348/147608308X380769.
34. Markus H.R., Kitayama S. Culture and the self implications for cognition, emotion and motivation // Psychological Review. 1991. V.98. p. 224-253.
35. Marsella A.J. Rethinking the 'talking cures' in a global era. Contemporary Psychology, 2005. November. P. 2-12.
36. Mueller J., Mörgeli H., Maercker A. Disclosure and social acknowledgement as predictors of recovery from posttraumatic stress: A longitudinal study in crime victims // Canadian Journal of Psychiatry. 2008. V. 53. № 3. p. 160-168.
37. Pearson D.M., Kim H.S., Sherman D.K. Culture, social support, and coping with bereavement for Asians and Asian Americans // The Forum. 2009. V. 35. P. 7-8.
38. Perilla J., Norris F., Lavizzo E. Ethnicity, culture and disaster response: identifying and explaining ethnic differences in depression and PTSD six months following Hurricane Andrew. Journal of Social and Clinical Psychology. 2002. V. 21. № 1, p. 20-26.
39. Poonwassie A., Charter A. Aboriginal worldview of healing: Inclusion, blending, and bridging / In: R. Moodley, W. West (Eds.) Integrating traditional healing practices into counselling and psychotherapy. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc, 2005. P. 15-25.
40. Rachman, S. Obsessions, responsibility and guilt // Behaviour research and therapy. 1993. V. 31. p. 149-154.
41. Rajkumar A.P., Premkumar T.S., Tharyan, P. Coping with the Asian tsunami: Perspectives from Tamil Nadu, India on the determinants of resilience in the face of adversity // Social Science and Medicine. 2008. V. 67. P. 844-853.
42. Somasundaram D.J. Post Traumatic Responses to Aerial Bombing // Social Science and Medicine, 1996. V. 42. P. 1465-1471.
43. Street A.E., Gibson L.E., Holohan D.R. Impact of childhood traumatic events, trauma-related guilt, and avoidant coping strategies on PTSD symptoms in female survivors of domestic violence // Journal of Traumatic Stress. 2005. V. 18. p. 245-252.
44. Summerfield D. The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category // British medical journal. 2001. V. 322, P. 94-97.

45. Summerfield D.A critique of seven assumptions behind psychological trauma programmes in war-affected areas // *Social Science and Medicine*. V. 48. P. 1449-1462.
46. Taylor S.E., Welch W., Kim H.S., Sherman D.K. Cultural differences in the impact of social support on psychological and biological stress responses // *Psychological Science*. 2007. V. 18. P. 831-837.
47. Wilson J.P. Trauma, transformation and healing: An integration approach to theory, research and posttraumatic theory. New York: Brunner/Mazel, 1989.
48. Wilson J.P. The lens of culture: theoretical and conceptual perspectives in the assessment of psychological trauma and PTSD // J.P. Wilson C.S. Tang (Eds): *Cross-cultural assessment of psychological trauma and PTSD*. Springer, Boston, MA 2007. P. 3-30.
49. Yeomans P.D., Forman E.M., Herbert J.D., Yuen E. A randomized trial of a reconciliation workshop with and without PTSD psycho-education in Burundian sample // *Journal of Traumatic Stress*. 2010. V. 23. № 3. P. 305-312.
50. Yeomans P.D., Herbert J.D., Forman E.M. Symptom comparison across multiple solicitation methods among Burundians with traumatic eventshistories // *Journal of traumatic stress*. 2008. V. 21. P. 231-234.
51. Zhang L., Li H., Benedek D., Carlton J., Fullerton C.S., Johnson L., A strategy for the development of biomarker tests for PTSD // *Medical hypotheses*. 2009. V. 73, p. 404-409.
52. Zimmermann P., Firnkes S., Kowalski J.T., Backus J., Siegel S., Willmund G., Maercker A. Personal values in soldiers after military deployment: Associations with mental health and resilience. *European Journal of Psychotraumatology*. 2014; 5:22939. doi: <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v5.22939>.

**Padun Mariya Anatol'evna**

Institute of psychology Russian academy of sciences, Moscow, Russia  
E-mail: maria\_padun@inbox.ru

## **Sociocultural factors in the experience of post-traumatic stress**

**Abstract.** The article analyzes theoretical and empirical works devoted to the study of the influence of cultural factors on the experience of trauma and its consequences. Differences in the cultural models of the Self and the world that affect the processing of traumatic experience are described: the most important threats to the individualistic self are those associated with loss of control, a sense of helplessness, a loss of independence; for the collectivistic self the mental trauma is connected with the threat of destruction of relations, the fear of inconsistency of its role position, the violation of harmony in the reference group.

The social-interpersonal model of post-traumatic stress disorder (PTSD) of Maecker and Horn is considered. It is shown that in the influence of culture on the development and progress of PTSD several mechanisms can be identified: the presence/absence of recognition by society of survivors as victims; the values that prevail in society; cultural differences in the use of social support. It is pointed out the role of socio-political context in the development of PTSD as a diagnostic category. The differences in the prevalence of PTSD in different cultural and ethnic communities are analyzed.

A posttraumatic phenomenon of "attack" is described, typical for representatives of Latin American countries with a high prevalence of PTSD. The role of cultural differences in the formation of the subjective value of traumatic experience in the autobiographical memory of survivors of trauma is shown. It is emphasized that Western views on the psychotherapeutic process reflect an individualistic view of a person. It is shown that such an approach to trauma therapy can be ineffective in societies where the process of recovery from trauma can be carried out only through coping in general in a social group.

**Keywords:** trauma; culture; post-traumatic stress disorder; identity; cultural patterns; individualism; collectivism