



СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК СОВМЕСТНО С БРЭ

Психическая травма

Трубицына Л.В.¹

¹ Институт клинической психологии и социальной работы ФГОУ ВО РНИМУ имени Н.И. Пирогова

Статья посвящена анализу понятия «психическая травма» и эволюции подходов к ее изучению. Описывается история научных исследований психической травмы с конца XIX века до современности. Дается оценка истории исследований психической травмы в российской науке. Рассматриваются варианты типизации травмирующих событий (ситуаций) в связи с группами последствий травмирующих событий. Предложены описания этапов развития психической травмы как после кратковременного травмирующего события, так и после длительного пребывания в травмирующей ситуации. Дается оценка факторов, действующих до, во время и после травмирующего события и влияющих на успешность его переживания. Специальное внимание уделено проблеме ПТСР (посттравматического стрессового расстройства). Статья будет полезна как специалистам, исследующим проблемы, связанные с психологической травмой, так и практикующим психологам и психотерапевтам, работающим с людьми, получившими психическую травму.

Ключевые слова: психическая травма, травматическая истерия, травматический невроз, детская травма, посттравматическое стрессовое расстройство, травмирующее событие, процесс переживания травмы

Ссылка для цитирования

Трубицына Л.В. Психическая травма. Психологические исследования. 2026. Т. 19, № 109. С. 11.

URL: <https://psystudy.ru>

Адрес статьи:

<https://doi.org/10.54359/ps.v19i109.2261>

Поступила в редакцию: 26.05.2025

Поступила после рецензирования: 29.12.2025

Принята к публикации: 18.02.2026

Опубликована: 30.10.2026

Введение

Психическая травма, часто называемая также психологической травмой или психотравмой, (психологическая травма; психотравма; англ. trauma; psycho-trauma; psychological trauma; mental trauma) — процесс нарушения целостности и функций психики человека, возникающий вследствие воздействия на человека события, вызывающего сильные переживания, с которыми тяжело справиться, включающие переживание объективной или субъективной угрозы смерти или физической целостности (его самого или других) либо же его психической целостности («нормальности» или «возможности для меня жить»).

История исследований психической травмы

Трудно определить первенство в описании и исследовании феномена психической травмы. Явления психической травмы многократно описывались еще в античной литературе, в мифах и сказаниях разных народов. Попытки точно определить авторство термина в научных исследованиях представляются почти безнадежными, т. к. термин обычно используется как уже известный ранее. Начало научных исследований психической травмы относят к концу 19 в.

О психической травме говорит немецкий невролог А. Эйленбург (1840–1917) [Eulenburg, 1878]. Французский невролог Ж.-М. Шарко в своих исследованиях, говоря о травматической истерии, пришел к рассмотрению травматических событий как катализатора при конституциональной предрасположенности к истерии [Шарко, 1889-1890; Charcot, 1889]. Под его руководством П. Жане продолжал исследования истерии, в качестве модели которой он принял травматическую истерию [Жане, 1913]. Однако еще в 1859 г., до Шарко, П. Брике указывал на то влияние, которое могут оказывать некоторые травматические события на развитие истерии при предрасположенности к ней [Briquet, 1859].

В США Дж.М. Да Коста описал под названием «болезненно чувствительного сердца» психические нарушения у солдат времен Гражданской войны, вызванные участием в боевых действиях [Da Costa, 1871].

В Германии в 1889 г. Х. Оппенгейм предложил говорить о «травматическом неврозе» у пострадавших при железнодорожных катастрофах, причем развитие невроза он связывал с органическими нарушениями в головном мозге, вызванными

действовавшими одновременно и физическими, и психическими травмами [Oppenheim, 1889/1892]. Ч. Вибер, по-видимому, является первым автором, упомянувшим о возможном существовании травматического невроза у детей [Vibert, 1893].

З. Фрейд и Дж. Брейер предложили в качестве основного механизма развития истерии уже не предрасположенность, а именно воспоминания, аффективные переживания травматического события, которые они предложили называть психическими травмами [Breuer, Freud, 1895]. Однако позднее Фрейд развил иную концепцию травмы, в которой основное место занимали представления о детской травме, которая связана уже не обязательно с реальным травмирующим событием, а с непереносимыми инстинктивными (агрессивными или сексуальными) влечениями ребенка и примитивными защитными механизмами, действующими в детстве [о развитии детской травмы см.: Калшед, 2001]. Позднее О. Ранк в качестве самой первой травмы предложил рассматривать травму, переживаемую человеком при появлении на свет [Ранк, 2009].

Таким образом, в конце 19 в. в разных странах разными исследователями стали описываться и исследоваться нарушения психики, причиной или толчком к которым служили различные экстремальные, травматические события. В это время были предложены (и описаны соответствующие симптомокомплексы) такие понятия, как «военный невроз», «травматический невроз», «компенсационный невроз», «рентное заболевание», «невроз желания».

Дальнейшее развитие исследований психической травмы в значительной степени было связано с войнами. Так, после Первой мировой войны Т. Льюис описал группу солдат со сходным набором симптомов, назвав его «сердце солдата», или «синдром напряжения» [Lewis, 1919]. Он пришел к выводу, что это проявления синдрома, который ранее описал Да Коста. Б.С. Оппенгеймер описал сходные психоневротические и сердечные проявления у солдат Первой мировой войны, назвав их «нейроциркуляторная астения» [Oppenheimer, 1918].

Ч. Майерс провел различия между неврологическим расстройством «контузия от разрыва снаряда» и психическим состоянием «снарядного шока», позже подробно описав эти различия в работе «Артиллерийский шок во Франции 1914–1919» [Mayers, 1940].

Вторая мировая война вновь привлекла внимание

к военным стрессовым реакциям. Реакции, обусловленные участием в боевых действиях, под разными названиями — «военная усталость», «боевое истощение», «военный невроз», «стресс боев и сражений», «посттравматический невроз» — стали предметом обширных исследований [Grinker, Spiegel, 1945]. В 1941 г. в одном из первых систематических исследований А. Кардинер назвал это явление «травматические неврозы войны» [Kardiner, 1941]. Кардинер впервые дал комплексное описание симптомов такого невроза, который, по его мнению, имел и психологическую, и физиологическую природу.

С 1952 г. в США в Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (DSM) начали включать диагноз, связанный с последствиями психической травмы, сначала как «сильную стрессовую реакцию», а с 1980 г. — как посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). В Международной классификации болезней МКБ-10 с 1990 г. стали выделять расстройство, непосредственно связанное со стрессом, включая уточняющий диагноз «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР), этот диагноз вошел и в МКБ-11.

Таким образом, существует как минимум пять различных подходов к пониманию психической травмы. Психическая травма рассматривается:

- как травматические события, послужившие катализатором для развития невротических (истерических) проявлений при существовавшей предрасположенности к ним;
- как детская травма в ее психоаналитическом понимании;
- как травма рождения (предложенная О. Ранком концепция травмы, получаемой человеком при рождении, далее по-разному разрабатывалась в трансперсональной психологии, С. Грофом, представителями бодинамики);
- как последствия переживания травматических стрессовых событий, характеризующихся определенными свойствами (включая боевую психическую травму), при этом психическая травма уже все чаще рассматривается как «нормальная реакция на ненормальные обстоятельства» [Черепанова, 1997, С. 7];
- как крайне расширенное понимание психологической травмы, когда психической травмой называют реакции практически на любые стрессогенные события, столкновение с любыми сложностями или неприятностями (встречающееся как

среди неспециалистов, так и среди практикующих психологов).

Огромный вклад в понимание механизмов развития психической травмы внесли исследования стресса, начиная с работ Г. Селье [Селье, 1982]. Действительно, любое травмирующее событие может рассматриваться как стресс, однако не любой стрессор ведет к развитию психической травмы, а лишь тот, который переживается как угроза жизни и связан с чувством беспомощности или безнадежности и при этом не проходит бесследно, а ведет к развитию в дальнейшем определенных симптомов, которые, собственно, и оцениваются как проявления психической травмы.

Некорректное именование любого стрессового переживания психической травмой специалисты связывают с периодически возникающей модой на широкое использование тех или иных научных понятий в обыденной жизни. Сегодня вполне можно говорить о возникновении моды на психиатрические диагнозы [Потанина, 2019].

Нередко происходит смешение двух значений понятия «психическая травма» — его относят и к собственно человеческим переживаниям или нарушениям психического функционирования, и к самому событию, которое потенциально может вызвать серьезные травматичные переживания, т. е. к травмирующей ситуации, событию-стрессору.

Травмирующее событие или ситуация

Ч. Фигли предложил три основных критерия для определения травматического события: оно должно быть неожиданным, опасным и подавляющим [Figley, 1985]. «Травматические ситуации — это такие экстремальные критические события, которые обладают мощным негативным воздействием, ситуации угрозы, требующие от индивида экстраординарных усилий по совладанию с последствиями воздействия» [Тарабрина, 2001, с. 52], т. е. событие однозначно может быть названо травматическим только с учетом вызванных им у человека переживаний и их последствий. В иных случаях следует говорить о потенциально травматичных событиях.

По типу события обычно выделяют такие психотравмирующие факторы, как военные действия, природные (климатические, сейсмические), экологические и техногенные катастрофы, пожары, террористические акты, присутствие при насильственной смерти других, несчастные случаи, в том числе транспортные и производственные аварии, сексуальное насилие, внезапное появление угро-

жающих жизни заболеваний, нападения и др.

В зависимости от того, какую роль играет в событиях человек, они делятся на природные, вызванные людьми без намерения причинить вред и осуществленные людьми с особым намерением причинить вред. Рассматривают и субъективно воспринимаемое наличие или отсутствие вины других людей.

Травмирующие события по *длительности* разделяют на разовые кратковременные и повторяющиеся, длительные; по масштабам — на массовые, групповые и индивидуальные. Индивидуальные травмирующие события менее заметны, но по количеству пострадавших они могут быть не менее масштабными. Однако в силу того, что статистические данные в основном имеются только в отношении массовых событий и при этом отсутствуют единые критерии, подходы и методы оценки последствий травм, данные оказываются просто не сопоставимы. Пока что невозможно говорить, в результате каких событий люди чаще получают психическую травму.

Выделяют *первичную травматизацию* (когда человек был непосредственным участником или свидетелем события) и *вторичную травматизацию* (когда человек превратился в свидетеля события через рассказы других людей, просмотр хроники событий, чтение газет и т. д.). Можно добавить также травмы в результате осознания ранее произошедшего, но не понятого тогда события и переоценки прошлых событий. В некоторых случаях можно даже говорить о травме воображением, когда после почти нейтрального события человек начинает себе представлять самые кошмарные последствия, фактически, своим воображением вызывая у себя травматическую реакцию [Трубицына, 2005].

История исследований психической травмы в России

В России интерес к проблемам психической травмы возник примерно в то же время, что и на Западе, и также был связан с войнами, со стихийными бедствиями. По мнению современных исследователей, отправной точкой внимания к последствиям психической травмы у участников войн послужило активное участие психиатров в оказании помощи участникам русско-японской войны 1904–1905 гг. [Караяни, 2019]. Описывались многочисленные примеры «аффектов ужаса» и симптомы «невропсихического травматизма» у населения во время и после землетрясений в Крыму в 1927 г. [Брусиловский, Брухановский, Сегалов,

1927]. П.Б. Ганнушкин дал описание «нажитой психической инвалидности» у молодых людей в результате длительной напряженной жизни и деятельности в экстремальных условиях революции и Гражданской войны [Ганнушкин, 1926]. Однако во время Великой отечественной войны в советской психиатрии не было отдельного обращения к категориям, близким к понятию психической травмы. По-видимому, переживающих психическую травму людей относили к другим диагностическим категориям (неврозам, «контуженным» и т. д.) [Шамрей, Костюк, Чудиновских, Синенченко, 2010].

Война в Афганистане, Чернобыльская катастрофа, землетрясение в Спитаке дали толчок к росту исследований психической травмы, боевой психической травмы и ПТСР в СССР. С этого времени исследования психической травмы в России активно развиваются [Александровский, 2021; Решетников, 2006; Тарабрина, 2001; Магомед-Эминов, 2006; и многие другие].

Последствия травмирующих событий

Можно выделить несколько типов последствий потенциально травматичных событий. Прежде всего, событие, даже экстремальное и травматичное для большинства людей, может не восприниматься таковым отдельным человеком и не иметь для него никаких особых последствий. Если же оно воспринимается как стрессовое, оно может вызывать адекватные реакции, способствующие нормальному совладанию с ними. Это нормальная реакция на стресс. Так же как и в первом случае, здесь вряд ли имеет смысл говорить о психической травме и травмирующем событии.

Рассматривать события как травмирующие имеет смысл при наличии какого-либо из следующих групп последствий:

- сильно выраженные негативные неравновесные эмоциональные состояния и реакции, например: острая реакция на стресс, аффект (физиологический, кумулятивный или патологический), паника, ужас, агрессия, измененное состояние сознания, fugи, ступор, реактивные психозы, состояние т. н. первичной диссоциации — фрагментарного восприятия без возможности воспринять картину происходящего целиком, и некоторые другие (вторичная диссоциация — взгляд на себя или происходящее как бы со стороны — скорее может рассматриваться как предупреждающая развитие

психической травмы) [Решетников, 2006];

- возникающие в дальнейшем, после завершения события, такие психические расстройства, как ПТСР, депрессия, нормальное или патологическое горе, а также часто сопутствующие им психические и поведенческие нарушения: злоупотребление алкоголем или наркотиками, суициды, психосоматические расстройства, невротизация, психопатизация, развитие различных расстройств личности, включая стойкое изменение личности после переживания катастрофы [Александровский, 2021];

- социальная дезадаптация и трудности адаптации к жизни после травмирующего события, которые могут выражаться в семейных проблемах, трудностях на работе и т. п.;

- социальные проблемы у ближайшего окружения человека, пережившего травмирующее событие, или у всего сообщества, пережившего те или иные техногенные или природные катастрофы. Американский социолог Кей Эриксон показал, что массовые масштабные травмирующие события могут в качестве отдаленных последствий при недостаточной помощи вести к развитию «коллективной травмы» и появлению «травмированных сообществ». В отличие от сообщества травмированных людей, для таких сообществ характерно отчуждение, отделение людей друг от друга. При соответствующей помощи и поддержке извне в некоторых случаях может формироваться не травмированное, а «терапевтическое», «альтруистическое» сообщество [Erikson, 1994]. Существует гипотеза (на которой базируется такой психотерапевтический подход, как трансгенерационная психотерапия), что психическая травма «передается» от поколения к поколению [Шутценбергер, 2005].

Наиболее часто описываемым отдаленным последствием психической травмы и одним из наиболее распространенных расстройств, развивающихся при психической травме, является развитие посттравматического стрессового расстройства.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)

ПТСР — это нозологическая единица, которая впервые официально появилась в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам Американской психиатрической ассоциации DSM-III [APA, 1980]. Значительную роль в том, что диагноз посттрав-

матического стрессового расстройства был включен в медицинскую классификацию, сыграла книга М. Хоровица о синдромах реакции на стресс [Horovits, 1976]. Именно он активно участвовал в разработке критериев диагностики ПТСР.

В Международной классификации болезней десятого пересмотра [МКБ-10] в 1990 г. выделена рубрика F43 — реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации, куда впервые вошел и уточняющий диагноз «посттравматическое стрессовое расстройство».

Посттравматическое стрессовое расстройство предполагают:

- если в анамнезе имеются угрожающие или ужасающие травмирующие события, выходящие за рамки обычного человеческого опыта;

- человек постоянно возвращается к переживаниям, связанным с травмировавшим его событием (событиями). Это может происходить в форме навязчивых, постоянно повторяющихся, вызывающих неприятные эмоциональные переживания воспоминаний о пережитом; постоянно повторяющихся неприятных снов о событии; внезапных, немотивированных «всплываний» в памяти различных аспектов травмировавших событий (флэшбэков); интенсивных вспышек негативных эмоциональных состояний, спровоцированных чем-либо, ассоциирующимся с обстоятельствами травмировавшей ситуации;

- у человека имеется устойчивое стремление избегать (или «блокировать») всего, что даже отдаленно может напомнить ему о травме: мыслей, чувств, форм активности, ситуаций, которые могут напомнить об обстоятельствах травмы. При этом может наблюдаться психогенная амнезия. Утрата интереса к тому, что было важно до травмы, чувство отчужденности, сниженный уровень аффективных реакций. Это может сопровождаться ощущениями «укороченного» будущего, отсутствия завтрашнего дня;

- после травмы появились симптомы повышенной возбудимости: нарушение сна, повышенная раздражительность, трудности концентрации внимания, явления сверхбдительности, гипертрофированная реакция на внезапные слабые раздражители, сильная физиологическая реакция на события, ассоциирующиеся с травмировавшей ситуацией;

- симптомы сохраняются в течение как минимум месяца или нескольких недель.

Критерии ПТСР претерпевают ряд изменений с

появлением новых версий DSM, различаются они и в МКБ-10 и 11 [МКБ-10; МКБ-11]. Так, в DSM-V [APA, 2013] по сравнению с предыдущими версиями вошел значительно более широкий диапазон событий, которые могут вести к развитию ПТСР, однако при этом было исключено указание на характер реакции на это событие, которое в предыдущих версиях должно было переживаться с чувством ужаса и беспомощности.

В 1987 году для обозначения длительного воздействия на психику людей постоянных условий насилия, криминальных обстоятельств или же постоянного профессионального риска для жизни, с которым связана работа представителей некоторых профессий, было предложено понятие «продолжающееся посттравматическое стрессовое расстройство» (continuous post traumatic stress disorder, или CTSD) [Straker, 1987]. Несколько позже был предложен термин «комплексное посттравматическое стрессовое расстройство» для описания последствий хронической травматизации детей из-за постоянного насилия и пренебрежения их интересами, симптомы которой сохраняются во взрослом возрасте спустя много лет [Herman, 1992].

В 2018 году в МКБ-11 (не принятую в России как противоречащую в ряде положений российским традиционным ценностям, однако к ПТСР это вряд ли относится) в соответствующую рубрику «Расстройства, непосредственно связанные со стрессом» «комплексное ПТСР (КПТСР)» (иногда переводится как «сложное ПТСР» или «осложненное ПТСР») было включено в качестве отдельной категории наряду с ПТСР. Кроме основных групп симптомов ПТСР («повторное переживание», «избегание» и «постоянная настороженность и ощущение угрозы»), КПТСР включает симптомы «нарушения в Я-организации», куда входят такие признаки, как проблемы в регуляции аффектов, негативная самооценка, нарушения в межличностных взаимоотношениях.

Идут дискуссии о предпочтительности того или иного варианта характеристики ПТСР. Имеются довольно значительные различия в случаях диагностики ПТСР в соответствии с DSM и МКБ. Это связано как с различиями в критериях, так, видимо, и с использованием разных методик для уточнения диагноза [Тарабрина и др., 2017]. Хотя в современных классификациях болезней особенно подчеркивается необходимая роль внешнего травматического стрессора для развития ПТСР, продолжают дискуссии о роли предрасполагающих факторов для развития расстройства, о необходи-

мом сочетании многих факторов, как внешних, так и внутренних, о биопсихосоциальной причинности развития ПТСР.

Характерным признаком ПТСР является коморбидность. В качестве коморбидных, часто встречающихся вместе с ПТСР психических нарушений отмечают паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, фобии, депрессии, зависимость от психоактивных веществ, биполярное расстройство, органические заболевания головного мозга и даже шизофрению [Клинические рекомендации..., 2023]. Следует отметить, что хотя травмирующее событие, ведущее к развитию ПТСР, может быть связано со смертью людей, переживание горя обычно рассматривается без рассмотрения его связи с ПТСР.

Однако ПТСР развивается не сразу. Последствия травмирующих событий могут рассматриваться во временной перспективе как ближайшие и отдаленные, т. е. как разворачивающийся во времени процесс.

Динамика психической травмы

При обсуждении последствий травмирующих событий фактически речь идет о динамике психической травмы, в ряде случаев имеющей тенденцию от реакции на локальное событие превращаться в процесс, постепенно захватывающий все более широкие сферы жизни человека, становиться более глобальной, иногда становясь образом жизни травмированной личности и ее окружения.

Этапы развития психической травмы после кратковременного травмирующего события

«Нулевой» период — период предвоздействия, или ожидания. Этот период чаще встречается в случаях стихийных бедствий, когда событие могло быть предсказано, ожидалось. Для этого периода характерны тревога, напряжение, беспокойство, иногда — ажитация.

Период 1 — острый период, или период нормального развития травмы, т. к. он встречается у большинства переживших травмирующее событие (отсутствует в тех случаях, когда событие не произошло или еще не было воспринято как травмирующее, т. е. когда травмы не было). Этот период длится от нескольких часов до месяца (в некоторых случаях — до двух). В данном этапе можно выделить ряд стадий: витальных реакций; острого психоэмоционального шока с явлениями

сверхмобилизации; психофизиологической демобилизации; разрешения; восстановления [Решетников, 2006].

Период 2 — подострый период, период отставленных реакций, или предпатологический период. Наступает примерно через месяц, длительность — до 6 месяцев. Для него характерны транзиторные психопатологические синдромы (кошмары, нарушения сна, навязчивости, страхи, невротические и неврозоподобные состояния, астеноневротические реакции с психосоматическими нарушениями).

Период 3 — хронический период. Длится от 6–7 месяцев до нескольких десятков лет. Характерны фиксация пережитых реакций, личностная патология, стойкая психопатология. Происходит нарастание симптоматики, в частности развитие ПТСР, развитие изменений личности [Александровский, 2021].

Этапы реакции после длительного пребывания в травмирующей ситуации

Период 1 — начальный период, или период попадания в долговременную психотравмирующую ситуацию; иначе — период первичных реакций, или шок поступления. Этот период соответствует острому периоду реакции на краткосрочное травмирующее событие и включает все те же стадии.

Период 2 — период пребывания в долговременной психотравмирующей ситуации, или период адаптации. Характерные для этой стадии проявления в значительной мере определяются тем, к каким именно условиям происходит адаптация.

Период 3 — период возвращения, или период освобождения. Несмотря на изменение ситуации к лучшему, это изменение требует адаптации к «нормальным» условиям и вызывает серьезный стресс [Франкл, 1990].

Этапы реакции после потери близких (этапы горя)

Этап 1 — шок. Длится, как правило, одну-две недели. Этап 2 — отрицания, или поиска. Как правило, этот период длится от недели до полутора месяцев. Этап 3 — страдания и дезорганизации, боли и признания потери. Часто наступает только через три-шесть месяцев после утраты (иногда раньше, уже через полтора-два месяца). Человек признает факт утраты, именно поэтому страдание обычно достигает наибольшей силы. Этап 4 — остаточных толчков и реорганизации, или при-

нятия и возрождения. Очень условно говорят о том, что эта стадия длится до конца первого года. Этап 5 — одиночества и принятия возможности для себя нормально жить по-новому. Именно на второй год человек может остро ощущать свое одиночество. Этап 6 — завершающий. Человек выстраивает свою жизнь, начинает получать от нее удовольствие [Дейтс, 1999].

Факторы, действующие до, во время и после травмирующего события и влияющие на успешность его переживания

Явится ли то или иное пережитое человеком событие травмирующим и насколько длительными и тяжелыми будут его последствия зависит от целого ряда биологических, психологических и социальных факторов, действующих до, во время и после травмирующей ситуации [Hamadeh, 2025].

До события

Индивидуальные психофизиологические особенности могут приводить к более или менее успешному переживанию травмирующих ситуаций [Jones et al., 2024]. Так, повышают риск выраженности негативных последствий травмирующего события такие психофизиологические особенности, как эмоциональная неуравновешенность, низкая выносливость, слишком высокая или слишком низкая склонность к риску [Котик, 1981]. С длительными средовыми экстремальными ситуациями с меньшими негативными последствиями справляются люди с наименьшей специализацией полушарий мозга — амбидекстры и левши [Николаева, 2003], а также находящиеся в лучшей физической, спортивной форме, возможно, благодаря более широким границам гомеостаза [Кассиль, 1978].

К негативным психологическим факторам, ухудшающим процесс переживания травмирующего события, относят предшествующие ему психические заболевания и нарушения поведения, расстройства личности, наличие психических заболеваний в семье, перенесенная раньше, особенно в детстве, психическая травма, низкий интеллектуальный уровень, злоупотребление алкоголем или наркотиками. А также такие социальные факторы, как низкий социоэкономический статус, низкий образовательный уровень, ограниченная система социальной поддержки [Tomb, 1994]. По-разному могут влиять на переживания травмы демографи-

ческие характеристики: пол, возраст, семейное положение.

Особую роль в реакции на травмирующее событие играет мировоззрение. Наличие определенно-го мировоззрения, которое может объяснить травмирующие события, облегчает их переживание, а «сверхоптимистичное» отношение к жизни при столкновении с неожиданным событием может вести к разрушению «субъективного жизненного мира» [Анцыферова, 2001, с. 315].

Во время события

Множество факторов, влияющих на характер последствий травмирующего события, действует во время него. В первую очередь это природа, интенсивность и длительность стрессора [Green, Lindy, Grace, 1985]. Особое значение имеет место и роль разных людей в травмирующей ситуации. Более травмирующими являются ситуации, связанные с угрозой значимым близким [Wilson, 2000]. Чем больше предполагаемая вина других людей, тем тяжелее травма [Daniel, 1999]. По-разному переживают травму в зависимости от представлений о роли людей в ее причинах и от того, выступает ли человек в качестве пострадавшего или добровольного участника — спасателя [Пуховский, 2000].

Однако тип стрессора не обязательно эквивалентен тяжести травмы. Для последствий события более важным являются не его характеристики, а особенности отношения к ним человека и его поведение во время экстремальной ситуации, его активность, в том числе физическая [Николаева, 2003].

Большое значение может играть использование во время травмирующего события более эффективных копинг-стратегий, для которых характерны активность, свободное выражение эмоций, обращение за помощью, решение проблем по очереди, сохранение контроля, управление чувствами и готовность к изменениям, доверие к себе и другим [Moos, Tsu, 1976]. Более психологически благополучному переживанию травмирующей ситуации способствует использование приемов психологического ухода из ситуации — в мир собственных мыслей и представлений, переход в позицию наблюдателя со стороны, даже из будущего момента (вторичная диссоциация, дистанцирование) [Франкл, 1990], иногда — в фантазии с воображаемым решением проблемы, которые создают иллюзию совладания с ситуацией [Николаева, 2003], смещение акцентов в ситуации через переключение внимания на какие-либо узкие нейтральные ее аспекты или на доступные занятия, при этом

ситуация как бы игнорируется, отрицается, что позволяет справляться с ней постепенно [Анцыферова, 2001].

Негативное влияние на последствия травмирующей ситуации могут оказывать самоповреждающие стратегии (злоупотребление алкоголем, наркотиками, суицидальные попытки) [Анцыферова, 2001].

После события

Среди факторов, действующих после события, положительную роль в разрешении травмы играет социальная сеть поддержки (в т. ч. семейной), возможность получения психологической и психиатрической помощи, способность использовать приобретенный опыт, наличие представления о будущей жизни, умение вспоминать о травме как бы со стороны, не погружаясь в воспоминание так, будто это происходит в данный момент, осмысление произошедшего и отыскание смысла жить дальше [Platt, 2014; Fischer et al., 2020; Wang et al., 2022].

Негативно влияют на разрешение травмы наличие новых стрессоров, которые часто могут возникать в результате масштабных экстремальных травмирующих ситуаций (усложняют восстановление и реадaptацию), проблемы со здоровьем, несовпадение взглядов человека, сформировавшихся при долгом его пребывании в экстремальных условиях, с распространенными принципами существования окружения.

Неоднозначный эффект может давать использование помощи в виде материальной компенсации пострадавшим в зависимости от тяжести имеющихся последствий, что может вести к появлению так называемой «вторичной выгоды». В то же время поддержка необходима, но сопровождающаяся достоверной информацией и созданием возможностей для восстановления и реабилитации с опорой на собственную активность и деятельность человека [Murdoch, 2011].

Существенным фактором, влияющим на процесс переживания травмы, являются средства массовой информации. Специалисты-психологи обсуждают следующие вопросы: натуралистический показ в СМИ самых травмирующих моментов событий и их тяжелых последствий может вести ко вторичной травматизации зрителей; стремление к более выразительному результату может усиливать дополнительно травматизацию интервьюируемых пострадавших. При этом СМИ могут использовать именно те факторы, которые усиливают

негативные последствия переживания травмы: акцентирование вины людей, бессмысленность, равнодушие окружающих, отсутствие помощи и т. п., тем самым усиливая ощущения беспомощности, бессилия, бессмысленности [Трубицына, 2002].

Механизмы развития психической травмы рассматриваются в разных психологических подходах в соответствии с общепсихологическими теориями. Но широкое признание идей системного подхода с его мультифакторной ориентацией ведет к распространению рассмотрения механизмов психической травмы в рамках биопсихосоциального мультифакторного подхода, в котором значительная роль отводится концепции стресса Г. Селье, и к выделению факторов, способствующих развитию травмы, защитных факторов и факторов риска [Тарабрина, 2001]. Вместе с тем, именно социальные факторы в значительной степени обуславливают то, какие стрессоры будут наиболее часто встречаться, и именно психологические механизмы играют наибольшую роль в том, как будет человек справляться с процессом переживания психической травмы.

Некоторые замечания по вопросу психологической помощи и психотерапии при психической травме и ПТСР

В данной статье не ставилась цель рассмотрения вопросов оказания психологической помощи и психотерапии при психической травме и ПТСР. Однако необходимо отметить, что в последние годы в связи с развитием так называемой доказательной медицины этот подход все чаще стали пытаться распространить и на психотерапию в целом, и на оказание психологической помощи при ПТСР. Так, в разработанных клинических рекомендациях по оказанию помощи при ПТСР в качестве таких «доказательных» и научно обоснованных подходов называются КБТ и ДПДГ-терапия (EMDR) [Клинические рекомендации..., 2023]. Конечно, вряд ли сегодня можно всерьез сомневаться в эффективности психотерапии, однако и попытки распространения принципов «доказательности» на те или иные подходы в целом вряд ли имеют смысл. Можно отметить, что количество исследований эффективности КБТ превосходит количество исследований эффективности других методов, но вряд ли это можно считать достаточным доказательством преимущества имен-

но КБТ [Холмогорова и др., 2009], и «парадокс эквивалентности» разных психотерапевтических подходов отмечался многократно [Крючков, 2021; Холмогорова и др., 2009; Baardseth et al., 2013]. Сегодня «доказательность» КБТ нередко распространяется целиком на целый ряд на самом деле самых разных подходов, а не на конкретные методы или техники, эффективность которых при ПТСР была бы проверена. Причем часто упоминаемое ныне выделение «трех волн» КБТ создает ложную иллюзию того, что подходы «третьей волны» более совершенные. При этом не учитывается, что как теоретические основания, так и используемые приемы и техники бихевиоральной и когнитивной терапии во многих отношениях совершенно различны и часто даже противоположны.

Еще сложнее с научной обоснованностью психотерапевтических подходов. Так, теоретические взгляды, лежащие в основе подхода EMDR, не раз отмечались как достаточно сомнительные с научной точки зрения. Исследования же эффективности ДПДГ-терапии, приводимые Шапиро, могут быть в значительной степени связаны с тем, что в качестве «плацебо» используется предложение контрольной группе детально описывать травмирующее событие [Шапиро, 1998, с. 12], что вряд ли может считаться «плацебо», скорее — ретравматизирующим методом. В то же время у нас вслед за представителями ряда стран, не признающих методы акупунктуры, отмечают как ненаучный такой подход, как терапия мысленным полем (Thought Field Therapy), хотя некоторые научные попытки обоснования этого метода существуют [Коваль, 2016; Агапов и др., 2020]. И даже классическая когнитивная терапия исходит из того допущения, что мысли предшествуют эмоциям, не уточняя, что так бывает далеко не всегда, что не может не вызывать вопросов о стрессе и эмоциональных реакциях животных или маленьких детей. Стоит также отметить, что чаще всего для измерений эффективности таких подходов, как КБТ и EMDR, используются субъективные шкалы вроде Шкал субъективных единиц дистресса или субъективные психологические тесты состояний, что часто считается неприемлемым для таких подходов, как гуманистическая и экзистенциальная терапия, а также далеко не всегда может приниматься как объективное доказательство. В то же время использование, например, показаний ЭЭГ для оценки эффективности психотерапии, как ни удивительно, показало эффективность в том числе трансперсональной психотерапии [Ахметова и др., 2011].

Таким образом, вряд ли можно говорить о научной обоснованности и доказательности психотерапевтических подходов в целом. Предложенная Ламбертом модель факторов, влияющих на успешность психотерапии, показала, что лишь 15 % ее эффективности определяются конкретным подходом, и значительно большее влияние оказывают внетерапевтические факторы, общие факторы психотерапии и эффект ожидания [Крючков, 2021]. Поэтому, возможно, в отношении доказательности психологической помощи при психической травме и ПТСР следовало бы сосредоточиться на оценке эффективности отдельных техник. Тем более, что традиционно ведущие психотерапевты, в том числе представители когнитивной терапии, охотно использовали в своей практике приемы и техники других психотерапевтических подходов, которые считали достаточно эффективными [Бек, 2017, с. 23].

Литература

- Агапов В.С., Григорьева М.А., Рыбина Е.Ю. Детерминанты психологической устойчивости. Человеческий капитал, 2020, No. 12(144), 133–144.
- Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021.
- Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита. // В кн.: Психология социальных ситуаций. / Н.В. Гришина (ред.). — СПб.: Питер, 2001. — С. 309–334.
- Ахметова В.В., Колчин А.И., Говорин Н.В. Электроэнцефалографические корреляты эффективности трансперсональной психотерапии при невротических депрессиях. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2011, No. 111(1), 43–48.
- Бек Дж. С. Когнитивная терапия: полное руководство. — М: ООО «И.Д. Вильямс», 2017.
- Брусиловский Л.Я., Бруханский Н.П., Сегалов Т.Е. Землетрясение в Крыму и нервно-психический травматизм. — Москва: Изд-во Наркомздрава здравоохранения РСФСР, 1928.
- Ганнушкин П.Б. Об одной из форм нажитой психической инвалидности. Труды психиатрической клиники (Девичье поле). Выпуск второй. — Москва: Издание М. и С. Сабашниковых, 1926. — С. 52–59.
- Дейтс Б. Жизнь после потери. — Москва: Фаир-пресс, 1999.
- Жане П. Психический автоматизм: Экспериментальное исследование низших форм психологической деятельности человека. // В кн.: Вопросы психологии бессознательного, Вып. 1 / Под ред. д-ра Н. Котика. — Москва: Начало, 1913.
- Калшед Д. Внутренний мир травмы: Архетипические защиты личностного духа. — Москва: Академический Проект, 2001.
- Караяни А.Г. Военная психология: учебник и практикум для вузов. — Москва: Юрайт, 2019.
- Кассиль Г.Н. Внутренняя среда организма. — Москва: Наука, 1978.
- Клинические рекомендации «Посттравматическое стрессовое расстройство». 2023–2024–2025 (28.02.2023). Утверждено Минздравом РФ.
- Коваль Д. Простукивание активных точек. — М.: Изд-во АСТ, 2016.
- Котик М.А. Психология и безопасность. — Таллин: Валгус, 1981.
- Крючков К.С. Неоконченные споры об эффективности психотерапии: «общие факторы» и «золотой» стандарт. Новые психологические исследования, 2021, No. 2, 100–114.
- Магомед-Эминов М.Ш. Психология психической травмы. От «железнодорожного спинного мозга» к «травматическому неврозу». — Москва: Психоналитическая ассоциация, 2006.
- Международная классификация болезней МКБ-10. <https://mkb-10.com/>
- Международная классификация болезней МКБ-11. <https://mkb11.online/>
- Николаева Е.И. Психофизиология. Психологическая физиология с основами физиологической психологии. — Москва: ПЕР СЭ–Логос, 2003.
- Потанина Е. Проблема стигматизации и романтизации психических расстройств в современном обществе. Социология в современном мире: наука, образование, творчество, 2021, No. 1(13), 171–174.
- Пуховский Н.Н. Психопатологические последствия чрезвычайных ситуаций. — Москва: Академический Проект, 2000.
- Ранк О. Травма рождения и ее значение для психоанализа. — М.: «Когито-Центр», 2009.
- Решетников М.М. Психическая травма: учебное пособие для студентов вузов. 2-е изд. — Москва: Юрайт, 2023.
- Селье Г. Стресс без дистресса. — Москва: Прогресс, 1982.
- Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. — СПб.: Питер, 2001.
- Тарабрина Н.В., Харламенкова Н.Е., Падун М.А., Хажуев И.С., Казымова Н.Н., Быхолец Ю.В., Дан М.В. Интенсивный стресс в контексте психологической безопасности. — М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2017.

- Трубицына Л.В. Средства массовой информации и психологическая травма. Проблемы медиапсихологии. // Материалы секции «Медиапсихология» Международной научно-практической конференции «Журналистика в 2000 году: Реалии и прогнозы развития». — М.: РИП-холдинг, 2002. — С. 31–38.
- Трубицына Л.В. Процесс травмы. — Москва: Смысл; ЧеРо, 2005.
- Франкл В.Э. Человек в поисках смысла. — Москва: Прогресс, 1990.
- Холмогорова А.Б., Гаранян Г.Г., Никитина И.В. и др. Научные исследования процесса психотерапии и ее эффективности: современное состояние проблемы. Часть 1. Социальная и клиническая психиатрия, 2009, No. 19(3), 92–100.
- Черепанова Е.М. Психологический стресс: Помогите себе и ребенку. — Москва: Издательский центр Академия, 1997.
- Шамрей В.К., Костюк Г.П., Чудиновских А.Г., Синенченко А.Г. Организация психиатрической помощи и структура психических расстройств военнослужащих Красной Армии в годы Великой Отечественной войны. Социальная и клиническая психиатрия, 2010, No. 4, 146–152.
- Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: Основные принципы, протоколы и процедуры. — М.: Независимая фирма «Класс», 1998.
- Шарко Ж.М. Поликлинические лекции, читанные в Сальпетриере. 1887–1888. — СПб.: журнал «Практическая медицина», 1889.
- Шутценбергер А.А. Синдром предков. Трансгенерационные связи, семейные тайны, синдром годовщины, передача травм и практическое использование геносоциогаммы. — М.: Психотерапия, 2005.
- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III). — Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 1980.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). — Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Baardseth T.P., Goldberg S.B., Pace B.T., et al. Cognitive-behavioral therapy versus other therapies: Redux. Clinical Psychology Review, 2013, No. 33(3), 395–405.
- Breuer J., Freud S. Studien über Hysterie. — Leipzig, Wien: Franz Deuticke, 1895.
- Briquet P. Traité clinique et thérapeutique de l'Hystérie. — Paris: J.-B. Baillière et fils; New-York [etc.]: Hipp. et Ch. Baillière brothers [etc.], 1859.
- Charcot J.M. Leçons du Mardi à la Salpêtrière (1887–1889). Notes de Cours de M. M. Blin, Charcot [fils] et Colin. — Paris: Bureau du Progrès Médical, 1889.
- Da Costa J.M. On irritable heart: A clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences. American Journal of the Medical Sciences, 1871, No. 61, 17–52.
- Erikson K. New Species of Trouble: Explorations in Disaster, Trauma, and Community. — New-York: W. W. Norton & Company, 1994.
- Eulenburg A. Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Vol. 2. — Berlin: Hirschwald, 1878.
- Figley C.R. From victim to survivor: Social responsibility in the wake of catastrophe. // In: Trauma and Its Wake: The Study and Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder. / C.R. Figley (ed.). — New York: Brunner / Mazel, 1985. — pp. 298–416.
- Fischer I.C., Shanahan M.L., Hirsh A.T., Stewart J.C., Rand K.L. The relationship between meaning in life and post-traumatic stress symptoms in US military personnel: a meta-analysis. Journal of Affective Disorder, 2020, No. 277, 658–670. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.063>
- Green B.L., Lindy J.D., Grace M.C. Posttraumatic stress disorder: Toward DSM-IV. Journal of Nervous and Mental Disease, 1985, No. 173, 406–411.
- Grinker R.R., Spiegel J.P. Men under stress. — Philadelphia: Blakiston, 1945.
- Hamadeh A., El-Khoury J., Torales J., Atoui M., Aggarwal N., et al. A critical review of the evolution and interrelation of traumatic stress disorders. PLOS Mental Health, 2025, No. 2(7), e0000385. <https://doi.org/10.1371/journal.pmen.0000385>
- Herman J. Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence from Domestic Abuse to Political Terror. — NY: Basic Books, 1992.
- Horowitz M.J. Stress Response Syndromes: PTSD, Grief, Adjustment, and Dissociative Disorders. — New Jersey: Jason Aronson, Inc., 1976.
- Jones K., Boschen M., Devilly G., Vogler J., Flowers H., Winkleman Ch., Wulschleger M. Risk and protective factors that predict posttraumatic stress disorder after traumatic injury: A systematic review. Health Sciences Review, 2024, No. 10, e100147. <https://doi.org/10.1016/j.hsr.2023.100147>
- Kardiner A. The Traumatic Neuroses of War. Science and Society, 1941, No. 6(1), 82–84.
- Lewis T. The Soldier's heart and the effort syndrome. — London: Shaw & Sons, 1919.
- Moos R.H., Tsu V.D. Human Competence and Coping: An Overview. // In: Human Adaptation. Coping with Life Crises. / R.H. Moos (Ed.). — Lexington, 1976. — pp. 3–16.
- Murdoch M., Sayer N.A., Spont M.R., Rosenheck R., Noorbaloochi S., Griffin J.M., Arbisi P.A., Hagel E.M. Long-term outcomes of disability benefits in US veterans with posttraumatic stress disorder. Arch Gen Psychiatry, 2011, No. 68(10), 1072–1080. <https://doi.org/10.1001/>

archgenpsychiatry.2011.105

Myers Ch.S. Shell Shock in France, 1914–1918, based on a war diary. — Cambridge: Cambridge University Press, 1940.

Oppenheim H. Die traumatischen Neurosen. Nach den in der Nervenlinik der Charité in den letzten 5 Jahren gesammelten Beobachtungen. 2nd edition. — Berlin: Hirschwald., 1892.

Oppenheimer B.S. Report on neucirculatory asthenia and its management. Military Surgeon (now Military Medicine), 1918, No. 42, 7–11.

Perrotta G. Psychological trauma: definition, clinical contexts, neural correlations and therapeutic approaches. Recent discoveries. Current Research in Psychiatry and Brain Disorders, 2019, No. 01. CRPBD-100006.

Platt J., Keyes K.M., Koenen K.C. Size of the social network versus quality of social support: which is more protective against PTSD? Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2014, No. 49(8), 1279–1286.

Straker G., & the Sanctuaries Counselling Team. The continuous traumatic stress syndrome: The single therapeutic interview. Psychology in Society, 1987, No. 8, 48–78.

Tomb D.A. The phenomenology of post-traumatic stress disorder. The Psychiatric clinics of North America, 1994, No. 172, 237–250.

Vibert Ch. La névrose traumatique. Étude médico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemin de fer et les traumatismes analogues. — Paris: J.-B. Baillière, 1893.

Wang Z., Hui Q., Goldberg J., Smith N., Kaseer B., Murrah N., et al. Association between posttraumatic stress disorder and epigenetic age acceleration in a sample of twins. Psychosom Med., 2022, No. 84, 151–158.

Сведения об авторе

Трубицына Людмила Валентиновна. Кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры психотерапии, Институт клинической психологии и социальной работы ФГОУ ВО РНИМУ имени Н.И. Пирогова, ул. Островитянова, д. 1, 117997, Москва, Россия. E-mail: trubitsyna.lyudmila2015@yandex.ru

Mental trauma

Trubitsyna L.V.¹

¹ Pirogov Russian National Research Medical University (RNRMU), Moscow, Russia

The article is devoted to the analysis of the concept of psychological trauma and the evolution of approaches to its study. It outlines the history of scientific research on psychological trauma from the late nineteenth century to the present day. The development of psychological trauma research within Russian science is also examined. The article considers various approaches to the classification of traumatic events and situations in relation to different groups of trauma-related consequences. Descriptions are proposed for the stages in the development of psychological trauma following both acute traumatic events and prolonged exposure to traumatic situations. The authors also evaluate factors operating before, during, and after a traumatic event that influence the individual's ability to cope with and process the experience. Special attention is devoted to the problem of post-traumatic stress disorder (PTSD). The article may be useful both for researchers investigating issues related to psychological trauma and for practicing psychologists and psychotherapists working with trauma survivors.

Keywords: mental trauma, psycho-trauma, psychological trauma, traumatic hysteria, traumatic neurosis, childhood trauma, post-traumatic stress disorder, traumatic event, the process of experiencing trauma



For citation

Trubitsyna L.V. Mental trauma. Psikhologicheskie Issledovaniya, 2026, Vol. 19, No. 109, p. 11.
<https://psystudy.ru>

Article address:

<https://doi.org/10.54359/ps.v19i109.2261>

Received 26.05.2025

Revised 29.12.2025

Accepted 18.02.2026

Published 30.10.2026

References

- Agapov V.S., Grigor'eva M.A., Rybina E.Ju. Determinanty psihologicheskoy ustojchivosti. Chelovecheskij kapital, 2020, No. 12(144), 133–144. (In Russian)
- Ahmetova V.V., Kolchin A.I., Govorin N.V. Jelektroencefalograficheskie korreljaty jeffektivnosti transpersonal'noj psihoterapii pri nevroticheskikh depressijah. Zhurnal nevro-logii i psichiatrii im. S.S. Korsakova, 2011, No. 111(1), 43–48. (In Russian)
- Aleksandrovskij Ju.A. Pogranichnye psihicheskie rasstrojstva. — Moskva: GJeOTAR-Media, 2021. (In Russian)
- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III). — Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 1980.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). — Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Ancyferova L.I. Lichnost' v trudnyh zhiznennyh uslovijah: pereosmyslivanie, preobrazovanie situacij i psihologicheskaja zashhita. // V kn.: Psihologija social'nyh situacij. / N.V. Grishina (red.). — SPb.: Piter, 2001. — pp. 309–334. (In Russian)
- Baardseth T.P., Goldberg S.B., Pace B.T., et al. Cognitive-behavioral therapy versus other therapies: Redux. Clinical Psychology Review, 2013, No. 33(3), 395–405.
- Bek Dzh. S. Kognitivnaja terapija: polnoe rukovodstvo. — M: OOO «I.D. Vil'jams», 2017. (In Russian)
- Breuer J., Freud S. Studien über Hysterie. — Leipzig, Wien: Franz Deuticke, 1895.
- Briquet P. Traité clinique et thérapeutique de l'Hystérie. — Paris: J.-B. Baillière et fils; New-York [etc.]: Hipp. et Ch. Baillière brothers [etc.], 1859.
- Brusilovskij L.Ja., Bruhanskij N.P., Segalov T.E. Zemletrjasenie v Krymu i nervno-psihicheskij travmatizm. — Moskva: Izd-vo Narkomzdrava zdravoohraneniya RSFSR, 1928. (In Russian)
- Charcot J.M. Leçons du Mardi à la Salpêtrière (1887–1889). Notes de Cours de M. M. Blin, Charcot [fils] et Colin. — Paris: Bureau du Progrès Médical, 1889.
- Cherepanova E.M. Psihologicheskij stress: Pomogi sebe i rebenku. — Moskva: Izdatel'skij centr Akademija, 1997. (In Russian)
- Da Costa J.M. On irritable heart: A clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences. American Journal of the Medical Sciences, 1871, No. 61, 17–52.
- Dejts B. Zhizn' posle poteri. — Moskva: Fair-press, 1999. (In Russian)
- Erikson K. New Species of Trouble: Explorations in Disaster, Trauma, and Community. — New-York: W. W. Norton & Company, 1994.
- Eulenburg A. Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Vol. 2. — Berlin: Hirschwald, 1878.
- Figley C.R. From victim to survivor: Social responsibility in the wake of catastrophe. // In: Trauma and Its Wake: The Study and Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder. / C.R. Figley(ed.). — New York: Brunner / Mazel, 1985. — pp. 298–416.
- Fischer I.C., Shanahan M.L., Hirsh A.T., Stewart J.C., Rand K.L. The relationship between meaning in life and post-traumatic stress symptoms in US military personnel: a meta-analysis. Journal of Affective Disorder, 2020, No. 277, 658–670. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.063>
- Frankl V.Je. Chelovek v poiskah smysla. — Moskva: Progress, 1990. (In Russian)
- Gannushkin P.B. Ob odnoj iz form nazhitoy psihicheskoy invalidnosti. Trudy psichiatricheskoy kliniki (Devich'e pole). Vypusk vtoroj. — Moskva: Izdanie M. i S. Sabashnikovyh, 1926. — pp. 52–59. (In Russian)
- Green B.L., Lindy J.D., Grace M.C. Posttraumatic stress disorder: Toward DSM-IV. Journal of Nervous and Mental Disease, 1985, No. 173, 406–411.
- Grinker R.R., Spiegel J.P. Men under stress. — Philadelphia: Blakiston, 1945.
- Hamadeh A., El-Khoury J., Torales J., Atoui M., Aggarwal N., et al. A critical review of the evolution and interrelation of traumatic stress disorders. PLOS Mental Health, 2025, No. 2(7), e0000385. <https://doi.org/10.1371/journal.pmen.0000385>
- Herman J. Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence from Domestic Abuse to Political Terror. — NY: Basic Books, 1992.
- Holmogorova A.B., Garanjan G.G., Nikitina I.V. i dr. Nauchnye issledovanija processa psihoterapii i ee jeffektivnosti: sovremennoe sostojanie problemy. Chast' 1. Social'naja i klinicheskaja psichiatrija, 2009, No. 19(3), 92–100. (In Russian)
- Horowitz M.J. Stress Response Syndromes: PTSD, Grief, Adjustment, and Dissociative Disorders. — New Jersey: Jason Aronson, Inc., 1976.
- Jones K., Boschen M., Devilly G., Vogler J., Flowers H., Winkleman Ch., Wulschleger M. Risk and protective factors that predict posttraumatic stress disorder after traumatic injury: A systematic review. Health Sciences Review, 2024, No. 10, e100147. <https://doi.org/10.1016/j.hsr.2023.100147>
- Kalshed D. Vnutrennij mir travmy: Arhetipicheskie zashhity lichnostnogo duha. — Moskva: Akademicheskij Proekt, 2001. (In Russian)
- Karajani A.G. Voennaja psihologija: uchebnik i praktikum dlja vuzov. — Moskva: Jurajt, 2019. (In Russian)
- Kardiner A. The Traumatic Neuroses of War. Science and



Society, 1941, No. 6(1), 82–84.

Kassil' G.N. Vnutrennjaja sreda organizma. — Moskva: Nauka, 1978. (In Russian)

Klinicheskie rekomendacii «Posttravmaticheskoe stressovoe rasstrojstvo». 2023–2024–2025 (28.02.2023). Utverzhdeno Minzdravom RF. (In Russian)

Kotik M.A. Psihologija i bezopasnost'. — Tallin: Valgus, 1981. (In Russian)

Koval' D. Prostukivanie aktivnyh toček. — M.: Izd-vo AST, 2016. (In Russian)

Krjuchkov K.S. Neokonchennye spory ob jeffektivnosti psihoterapii: «obshhie faktory» i «zolotoj» standart. Noveye psihologicheskie issledovanija, 2021, No. 2, 100–114. (In Russian)

Lewis T. The Soldier's heart and the effort syndrome. — London: Shaw & Sons, 1919.

Magomed-Jeminov M.Sh. Psihologija psihicheskoj travmy. Ot «zheleznodorozhnogo spinno mozga» k «travmaticheskomu nevrozu». — Moskva: Psihoanaliticheskaja asociacija, 2006. (In Russian)

Mezhdunarodnaja klassifikacija boleznej MKB-10. <https://mkb-10.com/> (In Russian)

Mezhdunarodnaja klassifikacija boleznej MKB-11. <https://mkb11.online/> (In Russian)

Moos R.H., Tsu V.D. Human Competence and Coping: An Overview. // In: Human Adaptation. Coping with Life Crises. / R.H. Moos (Ed.). — Lexington, 1976. — pp. 3–16.

Murdoch M., Sayer N.A., Spoont M.R., Rosenheck R., Noorbaloochi S., Griffin J.M., Arbisi P.A., Hagel E.M. Long-term outcomes of disability benefits in US veterans with posttraumatic stress disorder. Arch Gen Psychiatry, 2011, No. 68(10), 1072–1080. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.105>

Myers Ch.S. Shell Shock in France, 1914–1918, based on a war diary. — Cambridge: Cambridge University Press, 1940.

Nikolaeva E.I. Psihofiziologija. Psihologicheskaja fiziologija s osnovami fiziologicheskoi psihologii. — Moskva: PER SJe–Logos, 2003. (In Russian)

Oppenheim H. Die traumatischen Neurosen. Nach den in der Nervenlinik der Charité in den letzten 5 Jahren gesammelten Beobachtungen. 2nd edition. — Berlin: Hirschwald., 1892.

Oppenheimer B.S. Report on neucirculatory asthenia and its management. Military Surgeon (now Military Medicine), 1918, No. 42, 7–11.

Perrotta G. Psychological trauma: definition, clinical contexts, neural correlations and therapeutic approaches. Recent discoveries. Current Research in Psychiatry and Brain Disorders, 2019, No. 01. CRPBD-100006.

Platt J., Keyes K.M., Koenen K.C. Size of the social

network versus quality of social support: which is more protective against PTSD? Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2014, No. 49(8), 1279–1286.

Potanina E. Problema stigmatizacii i romantizacii psihicheskikh rasstrojstv v sovremennom obshhestve. Sociologija v sovremennom mire: nauka, obrazovanie, tvorcestvo, 2021, No. 1(13), 171–174. (In Russian)

Puhovskij N.N. Psihopatologicheskie posledstvija chrezvychajnyh situacij. — Moskva: Akademicheskij Proekt, 2000. (In Russian)

Rank O. Travma rozhdenija i ejo znachenie dlja psihoanaliza. — M.: «Kogito-Centr», 2009. (In Russian)

Reshetnikov M.M. Psihicheskaja travma: uchebnoe posobie dlja studentov vuzov. 2-e izd. — Moskva: Jurajt, 2023. (In Russian)

Sel'e G. Stress bez distressa. — Moskva: Progress, 1982. (In Russian)

Shamrej V.K., Kostjuk G.P., Chudinovskih A.G., Sinenchenko A.G. Organizacija psihiatricheskoi pomoshhi i struktura psihicheskikh rasstrojstv voennoslužhashchih Krasnoj Armii v gody Velikoj Otechestvennoj vojny. Social'naja i klinicheskaja psihiatrija, 2010, No. 4, 146–152. (In Russian)

Shapiro F. Psihoterapija jemocional'nyh travm s pomoshh'ju dvizhenij glaz: Osnovnye principy, protokoly i procedury. — M.: Nezavisimaja firma «Klass», 1998. (In Russian)

Sharko Zh.M. Poliklinicheskie lekicii, chitannye v Sal'petriere. 1887–1888. — SPb.: zhurnal «Prakticheskaja medicina», 1889. (In Russian)

Shutcenberger A.A. Sindrom predkov. Transgeneracionnye svjazi, semejnye tajny, sindrom godovshhiny, peredacha travm i prakticheskoe ispol'zovanie genosociogrammy. — M.: Psihoterapija, 2005. (In Russian)

Straker G., & the Sanctuaries Counselling Team. The continuous traumatic stress syndrome: The single therapeutic interview. Psychology in Society, 1987, No. 8, 48–78.

Tarabrina N.V. Praktikum po psihologii posttravmaticheskogo stressa. — SPb.: Piter, 2001. (In Russian)

Tarabrina N.V., Harlamenkova N.E., Padun M.A., Hazhuev I.S., Kazymova N.N., Byhovec Ju.V., Dan M.V. Intensivnyj stress v kontekste psihologicheskoi bezopasnosti. — M.: Izd-vo «Institut psihologii RAN», 2017. (In Russian)

Tomb D.A. The phenomenology of post-traumatic stress disorder. The Psychiatric clinics of North America, 1994, No. 172, 237–250.

Trubicyna L.V. Process travmy. — Moskva: Smysl; CheRo, 2005. (In Russian)

Trubicyna L.V. Sredstva massovoj informacii i

psihologicheskaja travma. Problemy me-diapsihologii. // Materialy sekcii «Mediapsihologija» Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii «Zhurnalistika v 2000 godu: Realii i prognozy razvitija». — M.: RIP-holding, 2002. — pp. 31–38. (In Russian)

Vibert Ch. La névrose traumatique. Étude médico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemin de fer et les traumatismes analogues. — Paris: J.-B. Baillière, 1893.

Wang Z., Hui Q., Goldberg J., Smith N., Kaseer B., Murrah N., et al. Association between posttraumatic stress disorder and epigenetic age acceleration in a sample of twins. *Psychosom Med.*, 2022, No. 84, 151–158.

Zhane P. Psihicheskij avtomatizm: Jeksperimental'noe issledovanie nizshih form psihologicheskoy dejatel'nosti cheloveka. // In: Voprosy psihologii bessoznatel'nogo, Vyp. 1. / Pod red. d-ra N. Kotika. — Moskva: Nachalo, 1913. (In Russian)

Information about author

Trubitsyna Ludmila Valentinovna. PhD in Psychology, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Psychotherapy, Institute of Clinical Psychology and Social Work, Pirogov Russian National Research Medical University, Ostrovityanova str., 1, 117997, Moscow, Russia.
E-mail: trubitsyna.lyudmila2015@yandex.ru