

# ***Работа с жертвами семейного насилия.***

## ***ПТСР у жертв насилия и методы работы с ними.***

Подготовила:

Рурик Г.Л. (фейсбук:

<https://www.facebook.com/profile.php?id=100001879243452>

Вк:[https://vk.com/galina\\_rurik\\_psycholog](https://vk.com/galina_rurik_psycholog) )

Практикующий психолог, профессиональный член арт-терапевтической ассоциации, доктор философии в области образования.

# \* Экстренная психологическая помощь жертвам

- \* Экстренная психологическая помощь оказывается людям в остром стрессовом состоянии (или ОСР - острое стрессовое расстройство). Это состояние представляет собой переживание эмоциональной и умственной дезорганизации.
- \* Психодиагностика в экстремальных ситуациях имеет свои отличительные особенности: из-за нехватки времени невозможно использовать стандартные диагностические процедуры. Действия, в том числе практического психолога, определяются планом на случай чрезвычайных обстоятельств.
- \* Главными принципами оказания помощи перенесшим психологическую травму в результате влияния экстремальных ситуаций являются:
  - безотлагательность (помощь пострадавшему должна быть оказана как можно быстрее: чем больше времени пройдет с момента травмы, тем выше вероятность возникновения хронических расстройств, в том числе и ПТСР)
  - приближенность к месту событий (оказании помощи в привычной обстановке и социальном окружении, а также в минимизации отрицательных последствий «госпитализма»);
  - ожидание, что нормальное состояние восстановится (с лицом, перенесшим стрессовую ситуацию, следует обращаться не как с пациентом, а как с нормальным человеком. Необходимо поддержать уверенность в скором возвращении нормального состояния);
  - единство и простота психологического воздействия (либо его источником должно выступать одно лицо, либо процедура оказания психологической помощи должна быть унифицирована).
- простота психологического воздействия - необходимо отвести пострадавшего от источника травмы, предоставить пищу, отдых, безопасное окружение и возможность быть выслушанным.

## ***экстренная психологическая помощь выполняет следующие базовые функции:***

- \* - практическую:  
непосредственное оказание скорой психологической и (при необходимости) доврачебной медицинской помощи населению;
- \* - координационную:  
обеспечение связей и взаимодействия со специализированными психологическими службами.



# \* Особенности психологической работы в экстремальных условиях

- \* • Работа с группами. Часто приходится работать с группами жертв, и эти группы не создаются психологом (психотерапевтом) искусственно, исходя из нужд психотерапевтического процесса, они были созданы самой жизнью в силу драматической ситуации.
- \* • Пациенты часто пребывают в остром аффективном состоянии. Иногда приходится работать, когда жертвы находятся еще под эффектом травмирующей ситуации, что не совсем обычно для нормальной психотерапевтической работы.
- \* • Нередко низкий социальный и образовательный статус многих жертв.
- \* • Разнородность психопатологии у жертв. Жертвы насилия часто страдают, помимо травматического стресса, неврозами, психозами, расстройствами характера и, что особенно важно для профессионалов, работающих с жертвами, целым рядом проблем, вызванных самой ситуацией или другой травмирующей ситуацией. Имеется в виду, например, отсутствие средств к существованию, отсутствие работы и пр.
- \* • Наличие почти у всех пациентов чувства потери, что вносит вклад в нозологическую картину травматического стресса, особенно в депрессивную составляющую данного синдрома.
- \* • Отличие посттравматической психопатологии от невротической патологии.



# \* **Правила первой помощи для психологов:**

1. В кризисной ситуации пострадавший всегда находится в состоянии психического возбуждения. Это нормально. Оптимальным является средний уровень возбуждения. Сразу скажите пациенту, что вы ожидаете от терапии и как долго продлится работа над проблемой. Надежда на успех лучше, чем страх неуспеха.
2. Не приступайте к действиям сразу. Осмотритесь и решите, какая помощь (помимо психологической) требуется, кто из пострадавших в наибольшей степени нуждается в помощи. Уделите этому секунд 30 при одном пострадавшем, около пяти минут при нескольких пострадавших.
3. Точно скажите, кто вы и какие функции выполняете. Узнайте имена нуждающихся в помощи. Скажите пострадавшим, что помощь скоро прибьет, что вы об этом позаботились.
4. Осторожно установите телесный контакт с пострадавшим. Возьмите пострадавшего за руку или похлопайте по плечу. Прикасаться к голове или иным частям тела не рекомендуется. Займите положение на том же уровне, что и пострадавший. Не поворачивайтесь к пострадавшему спиной.
5. Никогда не обвиняйте пострадавшего. Расскажите, какие меры требуется принять для оказания помощи в его случае.
6. Профессиональная компетентность успокаивает. Расскажите о вашей квалификации и опыте.
7. Дайте пострадавшему поверить в его собственную компетентность. Дайте ему поручение, с которым он справится. Используйте это, чтобы он убедился в собственных способностях, чтобы у пострадавшего возникло чувство самоконтроля.
8. Дайте пострадавшему выговориться. Слушайте его активно, будьте внимательны к его чувствам и мыслям. Пересказывайте позитивное.
9. Скажите пострадавшему, что вы останетесь с ним. При расставании найдите себе заместителя и проинструктируйте его о том, что нужно делать с пострадавшим.
10. Привлекайте людей из ближайшего окружения пострадавшего для оказания помощи. Инструктируйте их и давайте им простые поручения. Избегайте любых слов, которые могут вызвать у кого-либо чувство вины.
11. Постарайтесь оградить пострадавшего от излишнего внимания и расспросов. Давайте любопытным конкретные задания.
12. Стресс может оказать негативное влияние и на психолога. Возникающее в ходе такой работы напряжение имеет смысл снимать с помощью релаксационных упражнений и профессиональной супервизии. Группы супервизии должен вести профессионально подготовленный модератор.

# ***Классификация последовательных фаз (стадий) в динамике состояния людей после психотравмирующих ситуаций*** ***/Решетников:***

- 1.** «Острый эмоциональный шок». Развивается вслед за состоянием оцепенения и длится от 3 до 5 ч; характеризуется общим психическим напряжением, предельной мобилизацией психофизиологических резервов, обострением восприятия и увеличением скорости мыслительных процессов, проявлениями безрассудной смелости (особенно при спасении близких) при одновременном снижении критической оценки ситуации, но сохранении способности к целесообразной деятельности. В эмоциональном состоянии в этот период преобладает чувство отчаяния, сопровождающееся ощущениями головокружения и головной боли, сердцебиением, сухостью во рту, жаждой и затрудненным дыханием.
- 2.** «Психофизиологическая демобилизация». Длительность до трех суток. Наступление этой стадии связано с первыми контактами с теми, кто получил травмы, с пониманием масштабов трагедии («стресс осознания»). Характеризуется резким ухудшением самочувствия и психоэмоционального состояния с преобладанием чувства растерянности, панических реакций (нередко - иррациональной направленности), понижением моральной нормативности поведения, снижением уровня эффективности деятельности и мотивации к ней, депрессивными тенденциями, некоторыми изменениями функций внимания и памяти (как правило, обследованные не могут достаточно четко вспомнить, что они делали в эти дни). Большинство опрошенных жалуются в этой фазе на тошноту, «тяжесть» в голове, неприятные ощущения со стороны желудочно-кишечного тракта, снижение (даже отсутствие) аппетита.
- 3.** «Стадия разрешения» - 3-12 суток после стихийного бедствия. По данным субъективной оценки, постепенно стабилизируется настроение и самочувствие. Однако по результатам наблюдений у абсолютного большинства обследованных сохраняются пониженный эмоциональный фон, ограничение контактов с окружающими, гипомимия (маскообразность лица), снижение интонационной окраски речи, замедленность движений. К концу этого периода появляется желание «выговориться», реализуемое избирательно, направленное преимущественно на лиц, которые не были очевидцами стихийного бедствия, и сопровождающееся некоторой ажитацией. Одновременно появляются сны, отсутствовавшие в двух предшествующих фазах, в том числе тревожные и кошмарные сновидения, в различных вариантах отражающие впечатления трагических событий. Прогрессивно нарастают явления переутомления.
- 4.** «Стадия восстановления». Начинается приблизительно с 12-го дня после катастрофы и наиболее отчетливо проявляется в поведенческих реакциях: активизируется межличностное общение, начинает нормализоваться эмоциональная окраска речи и мимических реакций, впервые после катастрофы могут быть отмечены шутки, вызывавшие эмоциональный отклик у окружающих, восстанавливаются нормальные сновидения, развитие различных форм психосоматических расстройств, связанных с нарушениями деятельности желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой, иммунной и эндокринной систем.

# **Экстремальные ситуации, связанные с угрозой для жизни. Помощь взрослому:**

- \* 1. Помогите пострадавшему выразить чувства, связанные с пережитым событием (если он отказывается от беседы, предложите ему описать происшедшее, свои ощущения в дневнике или в виде рассказа).
- \* 2. Покажите пострадавшему, что даже в связи с самым ужасным событием можно сделать выводы, полезные для дальнейшей жизни (пусть человек сам поразмышляет над тем опытом, который он приобрел в ходе жизненных испытаний).
- \* 3. Дайте пострадавшему возможности общаться с людьми, которые с ним пережили трагическую ситуацию (обмен номерами телефонов участников события).
- \* 4. Не позволяйте пострадавшему играть роль «жертвы», то есть использовать трагическое событие для получения выгоды («Я не могу ничего делать, ведь я пережил такие страшные минуты»).

- \* Ребенок, пережив насилые по отношению к себе или членам семьи, став свидетелем нанесения увечий другим людям, испытывает такие же сильные чувства, что и взрослый (страх повторения события, разрушение иллюзии справедливости мира, беспомощность). Прямое насилие над ребенком может оказаться психологически слишком трудным, непереносимым для него, что выразится в молчании и оцепенении.
- \* У ребенка может зафиксироваться в памяти картина события. Он будет снова и снова представлять самые страшные моменты происшедшего (например, напавшего на него человека).
- \* Связывая действия преступника с яростью, ненавистью, ребенок теряет веру в то, что взрослые могут справиться с собой. Он начинает бояться собственных неконтролируемых эмоций, особенно если у него есть фантазии о мести.
- \* Ребенок может испытывать чувство вины (считать причиной события свое поведение).
- \* Ребенок, переживший психотравмирующее событие, не видит жизненной перспективы. Для ребенка пережитое событие может стать причиной остановки личностного развития.
- \* В данной ситуации:
  - \* 1. Дайте ребенку понять: вы серьезно относитесь к его переживаниям и вы знали других детей, которые тоже через это прошли («Я знаю одного смелого мальчика, с которым тоже такое случилось»).
  - \* 2. Создайте атмосферу безопасности.
  - \* 3. Посмотрите вместе с ребенком «хорошие» фотографии - это позволит обратиться к приятным образам из прошлого, ослабит неприятные воспоминания.
  - \* 4. Сводите разговоры о событии с описания деталей на чувства.
  - \* 5. Помогите ребенку выстроить жизненную перспективу (конкретные цели на конкретные сроки).
  - \* 6. Повторяйте, что чувствовать беспомощность, страх, гнев совершенно нормально.
  - \* 7. Повышайте самооценку ребенка (чаще хвалите его за хорошие поступки).
  - \* 8. Поощряйте игры ребенка с песком, водой, глиной (помогите ему вынести вовне свои переживания в виде образов).
  - \* 9. Нельзя позволять ребенку стать тираном. Не исполняйте любые его желания из чувства жалости.



**\* Помощь ребенку.**



# \* Сексуальное насилие.



Пострадавший испытывает комплекс сильнейших переживаний: чувство вины, стыда, безысходности, невозможности контролировать и оценивать события, страх из-за того, что «все узнают», брезгливость к собственному телу.

В зависимости от того, кто явился насильником (незнакомый или знакомый), психологически ситуация воспринимается по-разному.

Если насильником был незнакомый человек, то жертва в большей степени склонна видеть причину происшедшего во внешних обстоятельствах (позднее время суток, безлюдный участок дороги и т.д.).

Если виновник - знакомый, то причину человек ищет внутри себя (характер и прочее). Стрессовая реакция после изнасилования знакомым человеком является менее острой, но длится дольше.

\* Желательно, чтобы помощь оказывал человек того же пола, что и потерпевший.

Помощь:

1. Не бросайтесь сразу обнимать пострадавшего. Возьмите его за руку или положите свою руку ему на плечо. Если увидите, что это человеку неприятно, избегайте телесного контакта.
2. Не решайте за пострадавшего, что ему сейчас необходимо (он должен ощущать, что не потерял контроля над реальностью).
3. Не расспрашивайте пострадавшего о подробностях происшедшего. Ни в коем случае не обвиняйте его в случившемся.
4. Дайте пострадавшему понять, что он может рассчитывать на вашу поддержку.
5. Если пострадавший начинает рассказывать о происшедшем, побуждайте говорить не столько о конкретных деталях, сколько об эмоциях, связанных с событием. Добивайтесь, чтобы он говорил: «Это не моя вина, виноват насильник»; «Было сделано все возможное в таких обстоятельствах».
6. Если пострадавший решил обратиться в милицию, идите туда вместе. При оформлении заявления, выяснении примет преступников он снова в подробностях переживет ужасную ситуацию. Ему будет необходима ваша поддержка.

## *Психогенные расстройства, наблюдаемые во время и после экстремальных ситуаций / Александровский*

Реакции и психогенные расстройства	Клинические особенности	
Непатологические (физиологические) реакции	Преобладание эмоциональной напряженности, психомоторных, психовегетативных, гипотимических проявлений, сохранение критической оценки происходящего и способности к целенаправленной деятельности	
Психогенные патологические реакции	Невротический уровень расстройств – остро возникшие астенический, депрессивный, истерический и другие синдромы, снижение критической оценки происходящего и возможностей целенаправленной деятельности	
Психогенные невротические состояния	Стабилизированные и усложняющиеся невротические расстройства – неврастения (невроз истощения, астенический невроз), истерический невроз, невроз навязчивых состояний, депрессивный невроз, в ряде случаев утрата критического понимания происходящего и возможностей целенаправленной деятельности	
Реактивные психозы	Острые	Острые аффективно-шоковые реакции, сумеречные состояния сознания с двигательным возбуждением или двигательной заторможенностью
	Затяжные	Депрессивные, параноидные, псевдодементные синдромы, истерические и другие психозы

## \* Методы работы с лицами с ПТСР

- \* Дебрифинг - метод работы с групповой психической травмой (Бадхен, 2001; Ромек и др., 2004). Это форма кризисной интервенции, особо организованная и четко структурированная работа в группах с людьми, совместно пережившими катастрофу или трагическое событие.
- \* Дебрифинг относится к мерам экстренной психологической помощи. Он проводится как можно раньше после события, иногда через несколько часов или дней после трагедии. Считается, что оптимальное время для проведения дебрифинга - не раньше чем через 48 часов после события. К этому моменту завершится период особых реакций и участники событий будут в состоянии, в котором возвращается способность к рефлексии и самоанализу.
- \* Но если времени пройдет слишком много, воспоминания станут расплывчатыми и туманными. В таких случаях при необходимости воссоздания пережитых чувств и состояний могут использоваться видеозаписи или фильмы о событии.
- \* Процедура дебрифинга заключается в отреагировании в условиях безопасности и конфиденциальности, она дает возможность поделиться впечатлениями, реакциями и чувствами, связанными с экстремальным событием. Встречая похожие переживания у других людей, участники получают облегчение, - у них снижается ощущение уникальности и ненормальности собственных реакций, уменьшается внутреннее напряжение. В группе появляется возможность получить поддержку от других участников. Действия ведущих направлены на то, чтобы мобилизовать внутренние ресурсы участников, помочь им подготовиться к возникновению тех симптомов или реакций ПТСР, которые могут возникнуть впоследствии. Участникам обязательно сообщают о том, где они впоследствии могут получить помощь.

\* - снизить тяжесть психологических последствий после пережитого стресса. Общая цель группового обсуждения - минимизация психологических страданий. Для достижения этой цели решаются следующие задачи:

- \* • «проработка» впечатлений, реакций и чувств;
- \* • когнитивная организация переживаемого опыта посредством понимания структуры и смысла происшедших событий, реакций на них;
- \* • уменьшение индивидуального и группового напряжения;
- \* • уменьшение ощущения уникальности и ненормальности собственных реакций. Эта задача разрешается при помощи группового обсуждения чувств;
- \* • мобилизация внутренних и внешних групповых ресурсов, усиление групповой поддержки, солидарности и. понимания;
- \* • подготовка к переживанию тех симптомов или реакций, которые могут возникнуть в ближайшем будущем;
- \* • определение средств дальнейшей помощи в случае необходимости.
- \* Дебрифинг не предохраняет от возникновения последствий травмы, но препятствует их развитию и усилению, способствует пониманию причин своего состояния и осознанию действий, которые необходимо предпринять, чтобы облегчить эти последствия. Поэтому дебрифинг - одновременно и метод кризисной интервенции, и профилактика.



## \* Цель дебрифинга

- \* Оптимальное количество участников в группе от 10 до 15 человек. При необходимости включить большее количество людей одновременно целесообразно разделять группу на небольшие подгруппы. Проводится дебрифинг под руководством двух подготовленных специалистов. Не допускается присутствие посторонних лиц, не имеющих непосредственного отношения к событию.
- \* Время сессии четко обозначается вначале и составляет 2-2,5 часа без перерыва.
- \* Тот, кто руководит дебрифингом, должен ясно представлять себе, что он не консультант и уж, конечно, не групповой терапевт в традиционном смысле. Дебрифинг нельзя назвать «лечением». Его смысл - в попытках минимизировать вероятность тяжелых психологических последствий после стресса. Тот, кто руководит дебрифингом, должен быть знаком с групповой работой, с проблемами, связанными с тревогой, травмой и утратой. Ему необходимо быть уверенным в себе и спокойным, несмотря на интенсивные эмоциональные проявления у членов группы.



- \* В дебрифинге принято выделять три части и семь отчетливо выраженных фаз:
- \* часть I - проработка основных чувств участников и измерение интенсивности стресса;
- \* часть II - детальное обсуждение симптомов и обеспечение чувства защищенности и поддержки;
- \* часть III - мобилизация ресурсов, обеспечение информацией и формирование планов на будущее.
- \* Семь фаз дебрифинга:
  - \* 1) вводная фаза;
  - \* 2) фаза описания фактов;
  - \* 3) фаза описания мыслей;
  - \* 4) фаза описания переживаний;
  - \* 5) фаза описания симптомов;
  - \* 6) фаза завершения;
  - \* 7) фаза реадaptации.



- \* При некоторых обстоятельствах вместо мобилизации организма на преодоление трудностей стресс может стать причиной серьезных расстройств (Исаев, 1996). При неоднократном повторении или при большой продолжительности аффективных реакций в связи с затянувшимися жизненными трудностями эмоциональное возбуждение может принять застойную стабильную форму. В этих случаях даже при нормализации ситуации застойное эмоциональное возбуждение не ослабевает, а наоборот, постоянно активизирует центральные образования нервной вегетативной системы, а через них расстраивает деятельность внутренних органов и систем. Если в организме оказываются слабые звенья, то они становятся основными в формировании заболевания. Первичные расстройства, возникающие при эмоциональном стрессе в различных структурах нейрофизиологической регуляции мозга, приводят к изменению нормального функционирования сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, изменению свертывающей системы крови, расстройству иммунной системы (Тарабрина, 2001).
- \* Стрессоры обычно делятся на физиологические (боль, голод, жажда, чрезмерная физическая нагрузка, высокая и низкая температура и т.п.) и психологические (опасность, угроза, утрата, обман, обида, информационная перегрузка и т.п.). Последние, в свою очередь, подразделяются на эмоциональные и информационные.

 ПТСР

- \* Стресс становится травматическим, когда результатом воздействия стрессора является нарушение в психической сфере по аналогии с физическими нарушениями. В этом случае, согласно существующим концепциям, нарушается структура «самости», когнитивная модель мира, аффективная сфера, неврологические механизмы, управляющие процессами научения, система памяти, эмоциональные пути научения. В качестве стрессора в таких случаях выступают травматические события - экстремальные кризисные ситуации, обладающие мощным негативным последствием, ситуации угрозы жизни для самого себя или значимых близких. Такие события коренным образом нарушают чувство безопасности индивида, вызывая переживания травматического стресса, психологические последствия которого разнообразны.
- \* Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) - это непсихотическая отсроченная реакция на травматический стресс, способный вызвать психические нарушения практически у любого человека. Были выделены следующие четыре характеристики травмы, способной вызвать травматический стресс (Ромек и др., 2004):
  - \* 1. Произошедшее событие осознается, то есть человек знает, что с ним произошло и из-за чего у него ухудшилось психологическое состояние;
  - \* 2. Это состояние обусловлено внешними причинами;
  - \* 3. Пережитое разрушает привычный образ жизни;
  - \* 4. Произошедшее событие вызывает ужас и ощущение беспомощности, бессилия что-либо сделать или предпринять.



\* ПТСР



# \* Фазы травматического шока

- \* *Травматический стресс* - это переживание особого рода, результат особого взаимодействия человека и окружающего мира. Это нормальная реакция на ненормальные обстоятельства, состояние, возникающее у человека, который пережил нечто, выходящее за рамки обычного человеческого опыта. Круг явлений, вызывающих травматические стрессовые нарушения, достаточно широк и охватывает множество ситуаций, когда возникает угроза собственной жизни или жизни близкого человека, угроза физическому здоровью или образу Я.
- \* Психологическая реакция на травму включает в себя три относительно самостоятельные фазы, что позволяет охарактеризовать ее как развернутый во времени процесс.
- \* Первая фаза - фаза психологического шока - содержит два основных компонента:
  - \* 1. Угнетение активности, нарушение ориентировки в окружающей среде, дезорганизация деятельности;
  - \* 2. Отрицание происшедшего (своеобразная охранительная реакция психики). В норме эта фаза достаточно кратковременна.
- \* Вторая фаза - воздействие - характеризуется выраженными эмоциональными реакциями на событие и его последствия. Это могут быть сильный страх, ужас, тревога, гнев, плач, обвинение - эмоции, отличающиеся непосредственностью проявления и крайней интенсивностью. Постепенно эти эмоции сменяются реакцией критики или сомнения в себе. Она протекает по типу «что было бы, если бы...» и сопровождается болезненным осознанием неотвратимости происшедшего, признанием собственного бессилия и самобичеванием. Характерный пример - описанное в литературе чувство «вины выжившего», нередко доходящее до уровня глубокой депрессии.
- \* Рассматриваемая фаза является критической в том отношении, что после нее начинается либо процесс выздоровления (отреагирование, принятие реальности, адаптация к вновь возникшим обстоятельствам), то есть третья фаза нормального реагирования, либо происходит фиксация на травме и последующий переход постстрессового состояния в хроническую форму.
- \* Нарушения, развивающиеся после пережитой психологической травмы, затрагивают все уровни человеческого функционирования (физиологический, личностный, уровень межличностного и социального взаимодействия), приводят к стойким личностным изменениям не только у людей, непосредственно<sup>4</sup> переживших стресс, но и у членов их семей.

## ТИПЫ ТРАВМАТИЧЕСКИХ СИТУАЦИЙ

- \* *Тип 1.* Краткосрочное, неожиданное травматическое событие.
- \* Примеры: сексуальное насилие, естественные катастрофы, ДТП, снайперская стрельба.
- \* 1. Единичное воздействие, несущее угрозу и требующее превосходящих возможности индивида механизмов совладания.
- \* 2. Изолированное, довольно редкое травматическое переживание.
- \* 3. Неожиданное, внезапное событие.
- \* 4. Событие оставляет неизгладимый след в психике индивида (индивид часто видит сны, в которых присутствуют те или иные аспекты события), следы в памяти носят более яркий и конкретный характер, чем воспоминания о событиях, относящихся к типу 2.
- \* 5. Такое событие с большой степенью вероятности приводит к возникновению типичных симптомов ПТСР: к навязчивой мыслительной деятельности, связанной с событием, к симптомам избегания и высокой физиологической реактивности.
- \* 6. При таком событии с большой степенью вероятности проявляется классическое повторное переживание травматического опыта.
- \* 7. Быстрое восстановление нормального функционирования редко и маловероятно.

- \* *Тип 2.* Постоянное и повторяющееся воздействие травматического стрессора - серийная травматизация или пролонгированное травматическое событие.
- \* Примеры: повторяющееся физическое или сексуальное насилие, боевые действия. -
- \* 1. Вариативность, множественность, пролонгированность, повторяемость травматического события или ситуации, предсказуемость.
- \* 2. Более вероятно, что ситуация носит умышленный характер.
- \* 3. Сначала переживается как травма типа 1, но по мере того как травматическое событие повторяется, жертва переживает страх повторения травмы.
- \* 4. Чувство беспомощности в предотвращении травмы.
- \* 5. Для воспоминания о такого рода событии характерна неясность и неоднородность в силу диссоциативного процесса; со временем диссоциация может стать одним из основных способов совладания с травматической ситуацией.
- \* 6. Результатом воздействия травмы типа 2 может стать изменение Я-концепции и образа мира индивида, что может сопровождаться чувствами вины, стыда и снижением самооценки.
- \* 7. Высокая вероятность возникновения долгосрочных проблем личностного и интерперсонального характера, что проявляется в отстраненности от других, в сужении и нарушении лабильности и модуляции аффекта.
- \* 8. Диссоциация, отрицание, «онемение», отстраненность, злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами как попытка защититься от непереносимых переживаний.
- \* 9. Такая ситуация приводит к так называемому комплексному ПТСР, или расстройству, обусловленному воздействием экстремального стрессора.

- \* 1. Насколько ситуация субъективно воспринималась как угрожающая;
- 2. Насколько объективно реальна была угроза для жизни;
- 3. насколько близко к месту трагических событий находился индивид (он мог физически не пострадать, но видеть последствия катастрофы, трупы жертв);
- 4. Насколько в это событие были вовлечены близкие, пострадали ли они, какова была их реакция. Это особенно значимо у детей. Когда родители очень болезненно воспринимают происшедшее и реагируют паникой, ребенок также не будет чувствовать себя в безопасности.

Ряд условий, влияющий на развитие ПТСР

- \* В зарубежных исследованиях, изучающих взаимосвязь характеристик личности, стресса и заболеваний, большое внимание уделяют таким психологическим свойствам, как локус контроля, психологическая выносливость (устойчивость) и самооценка.
- \* Локус контроля определяет, насколько эффективно человек может влиять на окружающую обстановку или владеть ею. Традиционно локус контроля располагается в континууме между двумя крайними точками: внешним (external) и внутренним (internal) локусами контроля (Rotte, 1966, 1972). Экстерналы видят большинство событий как результат случайности, контролируемой силами, неподвластными человеку. Интернал, наоборот, чувствует, что только некоторые события находятся вне сферы человеческих влияний. Интерналы располагают более эффективно работающей когнитивной системой. Они тратят существенную часть своей умственной энергии на получение информации, что позволяет им влиять на значимые для них события. Кроме того, интерналы имеют выраженную тенденцию разрабатывать специфические и конкретные планы действий в тех или иных ситуациях. Таким образом, чувство контроля над собой и окружением позволяет им более успешно справляться со стрессовыми ситуациями.
- \* В обзоре Averill (1973) подчеркиваются три основных типа контроля. Это поведенческий контроль, который затрагивает некоторое направление действий; когнитивный контроль, который, в первую очередь, отражает интерпретацию событий личностью; контроль решительности, который определяет процедуру выбора способа действия.

# \* Локус контроля

- \* **ШКАЛА ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПТСР (CLINICAL- ADMINISTERED PTSD SCALE - CAPS)**
- \* Шкала клинической диагностики CAPS разработана для диагностики тяжести текущего ПТСР как в течение прошлого месяца, так и в посттравматическом периоде в целом (Weathers et al, 1992; Weathers, 1993).
- \* Шкала CAPS применяется, как правило, дополнительно к Структурированному клиническому интервью (СКИД) (Structured Clinical Interview for DSM III-R) для клинической диагностики уровня выраженности симптоматики ПТСР и частоты проявления симптомов. Ее используют, если в ходе интервью диагностируется наличие каких-либо симптомов ПТСР или всего расстройства в целом (Weathers, Litz, 1994; Blake, 1995).
- \* CAPS позволяет оценить частоту встречаемости и интенсивность проявления индивидуальных симптомов расстройства, а также степень их влияния на социальную активность и производственную деятельность пациента. С помощью этой шкалы можно определить степень улучшения состояния при повторном исследовании по сравнению с предыдущим, валидность результатов и общую интенсивность симптомов. Необходимо помнить, что время рассмотрения проявлений каждого симптома - 1 месяц. С помощью вопросов шкалы определяется частота встречаемости изучаемого симптома в течение предшествующего месяца, а затем оценивается интенсивность проявления симптома. Важно подчеркнуть, что критерии C и D требуют, чтобы не было проявлений симптома до травмы. Интервьюер должен удостовериться в том, что у пациента манифестация симптомов C и D произошла именно после травмы. Если в прошлом месяце состояние пациента соответствовало диагностическим критериям ПТСР, то оно автоматически определяется как удовлетворяющее критериям ПТСР, развившегося в посттравматический период (Тарабрина Н. В. и др., 1995,1996).

## \* **Диагностическая работа**



# \* Методы диагностики

- ШКАЛА ОЦЕНКИ ВЛИЯНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СОБЫТИЯ (IMPACT OF EVENT SCALE-R)
- МИССИСИПСКАЯ ШКАЛА ДЛЯ ОЦЕНКИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ
- ОПРОСНИК ВЫРАЖЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ (SYMPTOM CHECK LIST-90-REVISED - SCL-90-R)
- ОПРОСНИК БЕКА ДЛЯ ОЦЕНКИ ДЕПРЕССИИ (BECK DEPRESSION INVENTORY - BDI)
  - МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ
    - ПОЛУСТРУКТУРИРОВАННОЕ ИНТЕРВЬЮ ДЛЯ ОЦЕНКИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПЕРЕЖИВАНИЙ ДЕТЕЙ РОДИТЕЛЬСКАЯ АНКЕТА ДЛЯ ОЦЕНКИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПЕРЕЖИВАНИЙ ДЕТЕЙ
  - ШКАЛА ДИССОЦИАЦИИ (DISSOCIATIVE EXPERIENCE SCALE - DES) ОПРОСНИК ПЕРИТРАВМАТИЧЕСКОЙ ДИССОЦИАЦИИ
    - ОПРОСНИК ТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ
  - ШКАЛА БАЗОВЫХ УБЕЖДЕНИЙ (WORLD ASSUMPTION SCALE - WAS)
    - ЛИЧНОСТНЫЙ ПРОФИЛЬ КРИЗИСА (ТАРАС, 2003)
- ЛИЧНОСТНАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ (УРБАНОВИЧ, 1998, 2001)



# \* Стратегии терапии (Ениколопов):

- поддержка адаптивных навыков Я (одним из наиболее важных аспектов тут является создание позитивного отношения к терапии);
- формирование позитивного отношения к симптомам (смысл данной стратегии заключается в том, чтобы научить клиента воспринимать свои расстройства как нормальные для той ситуации, которую он пережил, и тем самым предотвратить его дальнейшую травматизацию самим фактом существования этих расстройств);
- снижение избегания (потому что стремление клиента избегать всего, что связано с психической травмой, мешает ему переработать ее опыт); .
- наконец, изменение атрибуции смысла (цель этой стратегии - изменить смысл, который клиент придает перенесенной психической травме, и таким образом создать у клиента ощущение «контроля над травмой»).

Психотерапия должна обращаться к двум фундаментальным аспектам посттравматического расстройства: снижению тревоги и восстановлению чувства личностной целостности и контроля над происходящим. При этом необходимо помнить, что терапевтические отношения с клиентами, страдающими ПТСР, чрезвычайно сложны, поскольку межличностные компоненты травматического опыта: недоверие, предательство, зависимость, любовь, ненависть - имеют тенденцию проявляться при построении взаимодействия с психотерапевтом. Работа с травмами порождает интенсивные эмоциональные реакции и у психотерапевта, следовательно, предъявляет высокие требования к его профессионализму.

# Психотерапия посттравматического расстройства характеризуется рядом особенностей:

В отличие от других расстройств, клиенты с ПТСР после 2-3 встреч не приходят в терапию. Для клиентов, прервавших терапию, характерны интенсивные проявления флэшбэков; по отношению к другим симптомам значимых различий не обнаружено.

Такая динамика объясняется тяжелой травматизацией, потрясшей основы доверия клиента. Он чувствует себя не в состоянии вновь довериться кому-либо, боясь повторной травмы (Janoff-Bulman, 1985). Это особенно справедливо в отношении тех, кто был травмирован другими людьми. Недоверие может выражаться в явно скептическом отношении к лечению; чувство отчуждения от людей, не переживших подобной травмы, часто выходит на передний план и затрудняет доступ терапевта к клиенту. Клиенты с ПТСР неспособны поверить в свое излечение, а малейшее недопонимание со стороны психотерапевта укрепляет их чувство отчуждения.

Для клиентов с ПТСР характерны также определенные трудности, связанные с принятием роли реципиента психотерапевтической помощи. Причины, обуславливающие эти трудности, заключаются в следующем:

1. Клиенты часто полагают, что должны своими силами «выкинуть пережитое из головы». На такое их стремление влияют также и ожидания окружающих, которые считают, что клиенты должны, наконец, перестать думать о происшедшем. Однако подобные ожидания, естественно, не оправдываются.
2. Собственное страдание, хотя бы частично, экстернализируется: клиенты сохраняют убеждение в том, что есть внешняя причина травмы (насильник, виновник ДТП и т.д.) и что последовавшие за этим психические нарушения также лежат вне сферы их контроля.
3. Посттравматические симптомы (ночные кошмары, фобии, страхи) причиняют достаточные страдания, но клиент не знает того, что они составляют картину болезни, поддающейся лечению (подобно депрессии или тревожности).
4. Некоторые клиенты борются за получение юридической и/или финансовой компенсации и обращаются к врачу или к психологу только за подтверждением этого их права.

Исходя из этого, психотерапевту следует стремиться к реализации определенных конкретных целей уже при самом первом контакте с клиентом, страдающим ПТСР. Такими целями являются: создание доверительного и надежного контакта; информирование клиента о характере его расстройства и возможностях терапевтического вмешательства; подготовка клиента к дальнейшему терапевтическому опыту, в частности - к необходимости вновь вернуться к болезненным травматическим переживаниям.

# \* Компоненты психотерапевтического обучения:

- коррекция наиболее часто встречающихся ошибочных представлений относительно стрессовой реакции;
- обеспечение доступа к информации об общей природе стрессовой реакции;
- фокусировка на роли чрезмерного стресса в развитии заболевания;
- приведение клиента к самостоятельному осознанию проявлений стрессовой реакции и характерных симптомов ПТСР;
- развитие у клиента способности к самоанализу для идентификации характерных для него стрессоров;
- объяснение позиции: клиент активный участник терапии чрезмерного стресса.

## **Терапевтическая работа с людьми, страдающими ПТСР, включает три стадии.**

Центральной задачей, стоящей перед терапевтом на первой стадии, является установление безопасной атмосферы. Основная задача второй стадии - это работа с воспоминаниями и переживаниями. Основная задача третьей стадии - включение в обыденную жизнь. В процессе успешного восстановления можно распознать постепенный переход от настороженности к ощущению безопасности, от диссоциированности к интеграции травматических воспоминаний, от выраженной изоляции к выстраиванию социальных контактов.

# \* Фазы его реакции на травматическое событие/Horowitz

1. Длительное стрессовое состояние в результате травматического события.
2. Проявление невыносимых переживаний: наплывы чувств и образов; парализующее избегание и оглушенность.
3. Застревание в неконтролируемом состоянии избегания и оглушенности.
4. Способность воспринимать и выдерживать воспоминания и переживания.
5. Способность к самостоятельной переработке мыслей и чувств.

Каждой фазе реакции клиента на травматическое событие соответствуют последовательные цели психотерапии:

1. Завершить событие или вывести клиента из стрессогенного окружения. Построить временные отношения. Помочь клиенту в принятии решений, планировании действий (например, в устранении его из окружения).
2. Снизить амплитуду состояний до уровня переносимых воспоминаний и переживаний.
3. Помочь клиенту в повторном переживании травмы и ее последствий, а также в установлении контроля над воспоминаниями и в осуществлении произвольного припоминания. В ходе припоминания оказывать помощь клиенту в структурировании и выражении переживания; при возрастающей доверительности отношений с клиентом обеспечить дальнейшую проработку травмы.
4. Помочь клиенту переработать его ассоциации и связанные с ними когниции и эмоции, касающиеся Я-образа и образов других людей. Помочь клиенту установить связь между травмой и переживаниями угрозы, паттерном межличностных отношений, Я-образом и планами на будущее.
5. Проработать терапевтические отношения. Завершить психотерапию.

# \* Наиболее распространенными терапевтическими ошибками являются:

- избегание травматического материала;
- несвоевременная и стремительная проработка травматического опыта, пока еще не создана достаточная атмосфера безопасности и не построены доверительные терапевтические отношения.

Избегание травматических воспоминаний ведет к прерыванию терапевтического процесса. В то же время слишком стремительное обращение к ним также приводит к нарушению процесса исцеления.

На второй стадии терапии клиент рассказывает историю травмы. Он рассказывает ее полностью, в деталях. Herman (1997) описывает «нормальную память» как активную, которая «рассказывает истории». «Травматическая память», в противоположность этому, бессловесная и застывшая - «молчаливая».

Восстановление «травматической истории» начинается с обзора событий, которые предшествовали травме, и обстоятельств, которые определили «травматическую ситуацию».

Некоторые исследователи говорят о важности обращения к ранней истории жизни клиента, с тем чтобы восстановить «чувство течения и непрерывности» жизни и связи ее с прошлым. Терапевт должен помогать клиенту говорить о важных отношениях, идеях, фантазиях, трудностях и конфликтах, предшествовавших травматическому событию. Это создает контекст, в котором станет понятным значение травматического опыта в жизни данного человека (Danieli, 1988).

Повествование должно включать в себя не только описание события, но также реакции человека на него и реакции значимых других. Повествование, которое не включает образы и ощущения тела, является неполным и нетерапевтическим. Истории записываются клиентом. Записи историй читаются вместе. Описание эмоциональных реакций должно быть столь же подробным, как и описание фактов.

Терапевт играет роль свидетеля и союзника, он помогает нормализовать реакции клиента, облегчает процесс повествования, помогает обозначать реакции и разделяет с клиентом эмоциональную ношу.

Целью рассказывания травматической истории является интеграция, а не просто выражение чувств. Процесс реконструкции травматической истории направлен на трансформацию, а для этого необходима актуализация элементов травматического опыта «здесь и сейчас» (Molica, 1988).

Две наиболее детально разработанные техники, направленные на трансформацию травматической (молчаливой) памяти, это:

- прямой рассказ или свободное изложение;
- «формализованная исповедь».

«Свободное изложение» является бихевиоральной техникой, разработанной для того, чтобы помочь клиенту преодолеть ужас, связанный с травматическим событием.

Подготавливая клиента к сессиям, его учат, как справляться с тревогой, используя техники релаксации и успокаивающие образы (визуализация). Затем терапевт и клиент внимательно готовят историю, тщательно описывая детали травматического события.

Эта история включает четыре основных элемента: контекст, факты, эмоции и значение. Если имело место несколько событий, то разрабатываются сюжеты для каждого из них. Когда история завершена, клиент выбирает последовательность презентации истории, двигаясь от более легких к более сложным элементам. Во время сессии клиент громко рассказывает терапевту свою историю в настоящем времени, а терапевт поощряет клиента выражать свои переживания как можно полнее.

Метод исповеди был впервые описан чилийскими психологами Cienfuegos и Monelli (1983), которые опубликовали свои работы под псевдонимами, в целях собственной безопасности. Центральной идеей этой терапии является создание детального и глубокого описания травматического опыта клиента. Во-первых, записываются сессии, и таким образом готовится описание. Затем клиент и терапевт вместе работают над документом. В процессе этой работы клиент имеет возможность собрать разрозненные воспоминания в целостное свидетельское признание: Датчане Agger and Jensen (1990) усовершенствовали эту технику. Они предложили, чтобы клиент читал исповедь вслух и чтобы терапия завершалась формальным ритуалом, во время которого документ подписывается клиентом как истцом, а терапевтом как свидетелем. Необходимо 12-20 еженедельных сессий, чтобы завершить эту работу.

# \* базовыми остаются следующие правила консультирования:

- локус контроля остается за клиентом;

- время, скорость и структура сессии должны быть таковыми, чтобы «открывающие» (те, которые обращены к травматическому опыту) техники интегрировались в процесс психотерапии.

Терапевтические отношения с клиентом, страдающим ПТСР, обладают характерными особенностями, которые можно сформулировать следующим образом:

Терапевтические отношения с клиентом, страдающим ПТСР, обладают характерными особенностями, которые можно сформулировать следующим образом:

1. Постепенное завоевание доверия клиента с учетом того, что у него наблюдается выраженная утрата доверия к миру.
2. Повышенная чувствительность по отношению к «формальностям» проведения терапии (отказ от стандартных диагностических процедур перед разговором о травматических событиях).
3. Создание надежного окружения для клиента во время проведения терапии.
4. Адекватное исполнение ритуалов, которые способствуют удовлетворению потребности в безопасности клиента.
5. До начала терапии уменьшение дозы медикаментозного лечения или его отмена для проявления успеха психотерапевтического воздействия.
6. Обсуждение возможных источников опасности в реальной жизни клиента и их нейтрализация.



Фундаментальное правило терапии ПТСР - принимать тот темп работы и самораскрытия клиента, который он сам предлагает. Иногда нужно информировать членов его семьи о том, почему необходима работа по воспоминанию и воспроизведению травматического опыта, поскольку домашние поддерживают у клиента избегающие стратегии поведения.

Сильнее всего доверие нарушено у жертв насилия или злоупотребления (например, насилие над детьми, изнасилование, пытки). Эти клиенты в начале терапии демонстрируют «тестирующее поведение», оценивая, насколько адекватно терапевт реагирует на их рассказ о травматических событиях. Для постепенного формирования доверия полезны высказывания терапевта, в которых признаются трудности, пережитые клиентом; терапевт в любом случае должен сначала заслужить доверие клиента. Сильно травмированные клиенты часто прибегают к помощи различных ритуалов для канализации своих страхов (например, двери и окна должны всегда быть открыты); терапевт должен реагировать на это с уважением и пониманием. Снижение дозы медикаментов или полный отказ от них до начала терапии необходим потому, что в противном случае не будет достигнуто улучшение, основанное на новом понимании происшедшего и на новых возможностях совладания с травматическими переживаниями.

Работа с травмированными клиентами требует большого эмоционального вклада от терапевта, вплоть до развития у него подобного расстройства - вторичного ПТСР или вторичной травмы (Danieli 1994) бы методы групповой терапии ни использовались при работе с клиентами с ПТСР, эта работа всегда направлена на достижение определенных терапевтических целей, которые кратко можно определить следующим образом:

1. Повторное эмоциональное переживание травмы в безопасном пространстве поддерживающей группы, разделение этого переживания с терапевтом и группой (при этом терапевту не следует форсировать процесс);
2. Общение в группе с людьми, имеющими похожий травматический опыт, что дает возможность уменьшить чувства изоляции, отчужденности, стыда и усилить чувства принадлежности, уместности, общности, несмотря на уникальность травматического переживания каждого участника группы;
3. Возможность наблюдать за тем, как другие переживают вспышки интенсивных аффектов на фоне социальной поддержки от терапевта и членов группы;
4. Совместное обучение методам совладания с последствиями личной травмы;
5. Возможность быть в роли того, кто помогает (осуществляет поддержку, вселяет уверенность, способен вернуть чувство собственного достоинства), что позволяет преодолеть ощущение собственной неценности («мне нечего предложить другому»), смещение фокуса с чувства собственной изолированности и негативных самоуничижительных мыслей;
6. Приобретение опыта новых взаимоотношений, помогающих участникам группы воспринять стрессовое событие иным, более адаптивным образом.

# \* Правила работы группы:

1. **Доверительный стиль общения.**

2. **Общение по принципу «здесь и сейчас».** Многие люди стремятся не говорить о том, что они чувствуют или думают, так как боятся показаться смешными. Стремление уйти в сферу общих рассуждений, обсуждать события, случившиеся с другими людьми, - это действие механизма психологической защиты. Но основная задача работы - превратить группу в своеобразное зеркало, в котором каждый смог бы увидеть себя с разных сторон, лучше узнать себя и свои личностные особенности. Поэтому во время занятий все говорят только о том, что волнует каждого; то, что происходит с участниками в группе, обсуждается здесь и сейчас.

3. **Персонализация высказываний.** Для более откровенного общения во время занятий участники отказываются от безличной речи, помогающей скрывать собственную позицию и тем самым уходить от ответственности за свои слова. Поэтому участники заменяют высказывание типа: «Большинство людей считает, что...» на: «Я считаю, что...»; «Некоторые из нас думают...» на: «Я думаю...» и т. п. Принято избегать также и безадресных суждений о других. Фраза типа: «Многие меня не поняли» при этом заменяется конкретной репликой: «Оля и Саша не поняли меня».

4. **Искренность в общении.** Во время работы группы участники говорят только то, что чувствуют и думают по поводу происходящего, т. е. только правду. Если нет желания говорить искренне и откровенно, участники молчат. Это правило означает открытое выражение своих чувств по отношению к действиям других участников и к самому себе. Естественно, что в группе не поощряются обиды на высказывания других членов группы.

5. **Конфиденциальность всего происходящего в группе.**

6. **Определение сильных сторон личности.** Во время занятий каждый из участников стремится подчеркнуть положительные качества человека, с которым вместе работает. Каждому члену группы - как минимум одно хорошее и доброе слово.

7. **Недопустимость непосредственных оценок человека.** При обсуждении происходящего в группе оценивается не участник, а только его действия и поведение. Не используются высказывания типа «Ты мне не нравишься», а говорится: «Мне не нравится твоя манера общения».

8. **Как можно больше контактов и общения с различными людьми.** Разумеется, у каждого из участников есть определенные симпатии, кто-то кому-то нравится больше, с кем-то приятнее общаться. Но во время занятий участники стремятся общаться со всеми членами группы, и особенно с теми, кого меньше всего знают.

9. **Активное участие в происходящем.** Это норма поведения, согласно которой каждый участник все время, каждую минуту, активно участвует в работе группы: внимательно смотрит и слушает, наблюдает за собой, пытается почувствовать партнера и группу в целом. Участники не замыкаются внутри себя, даже если узнали о себе что-то не очень приятное. Получив много положительных эмоций, члены группы не думают исключительно о себе. В группе участники все время внимательны к другим, им должны быть интересны другие люди.

10. **Уважение к говорящему.**

## ***ТЕХНИКА 1. «Альтернативная интерпретация»***

Пусть клиент в течение недели делает записи о самых неприятных эмоциях, которые у него за это время возникнут, в одном-двух предложениях отмечая провоцирующее событие (ситуацию) и свою первую интерпретацию события (убеждение).

Пусть клиент продолжит это упражнение и на следующей неделе, но теперь попросите его придумать по крайней мере четыре интерпретации для каждого события. Каждая новая интерпретация должна отличаться от предыдущей, но быть не менее правдоподобной.

На очередном сеансе помогите клиенту решить, какая из предложенных им интерпретаций поддерживается наибольшим числом объективных доказательств.

Попросите клиента продолжать поиск альтернативных интерпретаций, временно откладывая первоначальные суждения и принимая решение о корректной оценке только тогда, когда время и расстояние обеспечат необходимую объективность. Продолжайте тренировку по меньшей мере в течение месяца, пока клиент не научится выполнять эту процедуру автоматически.

## **ТЕХНИКА 2. «Рациональные убеждения»**

Составьте список ситуаций, в которых клиент расстраивается. Это могут быть конкретные ситуации из прошлого и настоящего или типичные ситуации, с которыми клиент чаще всего сталкивается.

Подготовьте рациональные убеждения или самовнушения, которые клиент в этих ситуациях сможет использовать. Эти убеждения должны преувеличивать положительные либо отрицательные стороны ситуации, но должны основываться на объективном взгляде на происходящее. Потратьте время на то, чтобы найти для ситуации наиболее рациональные интерпретации.

На одной стороне карточки запишите пусковые стимулы к каждой ситуации. На другой ее стороне - полное описание рационального восприятия, которого клиент хочет достичь. В течение как минимум шести недель несколько раз в день клиент должен представлять себя в одной из ситуаций как можно отчетливее. Когда визуализация будет достаточно ясной, клиент должен представить рациональную мысль и также сделать ее отчетливой.

Клиент должен выполнять это упражнение до тех пор, пока он не начнет рефлекторно воспроизводить рациональное убеждение каждый раз, как воображает событие. Если иррациональные мысли внедряются в сознание клиента, он должен немедленно остановиться и снова воспроизвести рациональное убеждение.

Рациональные убеждения - это необязательно самое позитивное, но всегда - наиболее реалистичное восприятие ситуации. В большинстве случаев терапевту нужно тщательно исследовать ситуацию, чтобы определить самую разумную точку зрения.

### **ТЕХНИКА 3. «Буквальный рефрейминг»**

1. Подумайте о ситуации, при мысли о которой вы чувствуете себя плохо. Это может быть все, что угодно: воспоминание о травмирующем событии, нынешняя проблемная ситуация или чувство страха, а может быть, и что-нибудь еще.
2. Тщательно рассмотрите визуальную часть своего проблемного опыта, затем мысленно шагните из него назад, так, чтобы вы видели себя в этой ситуации (диссоциируйтесь). Если вы не сможете создать эту диссоциацию осознанно, то просто «почувствуйте», что проделываете это, или притворитесь, что сделали.
3. Теперь поместите вокруг этой картины большую золотую раму в стиле барокко примерно в два метра шириной. Отметьте, как это изменяет ваше восприятие проблемной ситуации.
4. Если изменения недостаточны, поэкспериментируйте. Используйте овальную рамку, какие употреблялись много лет назад для старых семейных портретов; раму из нержавеющей стали с острыми краями или цветную пластиковую рамку.
5. После того как рама выбрана, поразвлекайтесь, украшая картину и пространство вокруг нее. Музейное яркое освещение, приподнятое над картиной, проливает иной свет на предмет, нежели тусклая свеча, стоящая на подставке под ней. Видение реальной обрамленной картины среди других картин на стене в музее или в чьем-то чужом доме может создать совершенно другую перспективу. Если хотите, то даже просто мысленно выберите знаменитого - или не очень - художника и превратите свою картину в полотно, исполненное этим художником или в его стиле.

## **РАБОТА С ОПОРАМИ (ЗАЗЕМЛЕНИЕ)**

### **Упражнение 1 «Разминка»**

Стоя закройте глаза, определите центр тяжести тела (в районе солнечного сплетения) и положите на него ладонь. Сделайте два-три цикла глубокого дыхания с закрытыми глазами, почувствуйте свое тело и попытайтесь определить, какую его часть вы сейчас чувствуете лучше всего. Найдя эту часть, представьте себе, что вы издаете ее какой-нибудь звук.

Вытяните руки перед собой, пальцы вперед, пальцы к себе, покрутите кистями, локтями, плечами, наклонитесь вперед, вбок, поворачивайте ногами в коленях, ногами по одной - бедром, ступней, коленом, бедром. Поднимите руки, вращайте тазом по кругу в одну сторону, потом - в другую. Потрясите кистями, руками в локтях, в плечах. Потрясите коленями. Потрясите головой и сделайте «бр-р-р-р-р-р». А теперь трясите всем, чем можете, сразу.

Закройте глаза, прислушайтесь к своему телу. Постарайтесь не блокировать дыхание.

Откройте глаза. Ноги на ширине плеч, стопы параллельно. Покачайтесь вперед-назад-вбок, определите, что вам легче и приятнее. Попробуйте покачаться по кругу; если вы ощутили напряжение в бедрах, это хорошо. Раскачивайтесь слева направо, удерживая равновесие в крайних положениях.

Разбейтесь на пары. «Поклюйте» партнера сложенными в горсть пальцами. Похлопайте по всему телу ладонями. Постучите кулаками по всему телу. Поменяйтесь ролями.

## РАБОТА С АГРЕССИЕЙ

### Упражнение 1 «Групповое дыхание»

Встаньте в круг. Ноги расставьте на две ширины плеч (около 90 см), перенесите вес тела на пальцы ног, слегка согните колени, расслабьте тело.

Возьмитесь за руки и начните дышать все вместе, одновременно. Дышите животом, медленно и глубоко; выдох можно озвучивать, не напрягая голосовых связок. Выберите одного из участников, стоящих в круге напротив вас, и смотрите ему в глаза. Внимательно прислушайтесь к возникающим в вашем теле ощущениям. (Цикл дыхания повторяется не менее 16 раз.)

Теперь отпустите руки соседей. Дышите свободно. Встряхните всем телом, свесив руки, сгибая и выпрямляя колени. Попрыгайте, еле отрывая ноги от пола и делая небольшие паузы между прыжками.

### Упражнение 2

#### «Освобождение мышц подбородка»

Напряжение мышц подбородка ассоциируется с чувством гнева или ярости. Осознание этого напряжения позволяет, расслабив мышцы, снять негативные эмоции и дает возможность управлять своими чувствами.

Поставьте стопы параллельно на расстоянии около 20 см одну от другой. Слегка согните колени. Наклонитесь вперед, перенося вес тела на подушечки стоп. Выдвиньте подбородок вперед и удерживайте его в этом положении 30 секунд. Дыхание равномерное. Подвигайте напряженной челюстью вправо-влево, удерживая ее выдвинутой вперед. Это может вызвать боль в затылке. Откройте рот как можно шире и проверьте, сможете ли вы положить между зубами три средних пальца ладони. У многих людей напряжение мышц подбородка настолько сильное, что они не могут широко раскрыть рот.

Позвольте подбородку расслабиться. Снова выдвиньте его вперед, сожмите кулаки и скажите несколько раз: «Нет!» или: «Не буду!» соответствующим тоном. Звучит ли ваш голос убедительно? Произносить «Не буду!» и «Нет!» надо как можно громче для утверждения своей воли.



## РАБОТА С ГРАНИЦАМИ

### Упражнение 1

#### «Нарушение пространства»

Это диагностическое упражнение, позволяющее определить, как человек ведет себя в ответ на внешнее воздействие. Клиент лежит на полу, развалившись, в удобной позе, и определяет «свое пространство».

Вначале следует осмотреть положение тела клиента: наблюдается ли перекос и асимметрия, и если да - в какую сторону. После этого терапевт нарушает личное пространство клиента с разной интенсивностью, наблюдая, что при этом клиент делает и чувствует. Для этого терапевт начинает сдвигать вместе и складывать руки и ноги клиента, с каждым разом складывая их все плотнее. Клиент должен оценивать, как реагирует на действия терапевта его тело, насколько каждая последующая поза (более «сжатая», чем предыдущая) для него неудобнее, чем предыдущая, и начать сопротивляться при появлении дискомфорта. Сложите руки клиента на груди, положите его ногу на ногу и смещайте их до тех пор, пока клиент не начинает активно сопротивляться. Если окажется, что клиент уже давно испытывал дискомфорт и хотел сопротивляться, но терпел, это говорит о его желании приспособиться к обстоятельствам.

То же упражнение можно проделать, когда клиент сидит на стуле или лежит на боку - в этом случае терапевт «складывает» его в позу эмбриона, наблюдая, что клиент разрешает с собой делать, а что - нет.

## Упражнение 2 «Внутреннее движение».

Это парное упражнение позволяет измерить персональное пространство каждого. Мы попробуем представить себе границы своего личного пространства и показать, как мы их охраняем. Разбейтесь на пары и сядьте на пол лицом друг к другу. Чтобы определить оптимальное расстояние между вашими телами, один из вас будет медленно приближаться, а другой должен без слов попытаться его остановить - сделать отстраняющее движение, отодвинуться и т. п. Какие ощущения при этом испытывает каждый из участников в своем теле?

Теперь пары расходятся на расстояние около 10 метров. Один участник стоит, другой медленно приближается к нему до тех пор, пока не почувствует, что дальше приближаться тяжело. Стоящий неподвижно партнер должен отметить про себя, когда ему захотелось сказать «стоп». Какие ощущения каждый из участников испытывает в теле? Где они локализируются?

Разойдитесь снова и повторите упражнение, но на этот раз тот участник, который стоит на месте, держит глаза закрытыми.

Кто как чувствует психологическую дистанцию? Кто пересек границу чужого персонального поля, не почувствовав ее? Кто до нее не дошел? Кто ее верно почувствовал? Кто кого и на какое расстояние подпустил к себе? Кто ближе, кто дальше - и почему?

## РАБОТА С ОБРАЗОМ Я

### Упражнение 1

«Я люблю себя со всеми своими достоинствами и недостатками»

С помощью этого упражнения можно выявить мышечный блок, связанный с основной проблемой участника.

Встаньте в круг. По очереди каждый делает шаг вперед и говорит: «Я люблю себя со всеми своими достоинствами и недостатками». Обратите внимание на мимику, интонацию и другие особенности выполнения этого простого упражнения у себя и у других членов группы. Что было трудно? Где в теле вы ощущали сопротивление?

### Упражнение 2

«Танец - визитная карточка»

Группа садится в круг. Консультант дает инструкцию: «Мы с вами - члены племени, где основное средство общения - танец. Там при знакомстве люди спрашивают друг у друга: «Как ты танцуешь?» Ваша задача - протанцевать танец, который позволил бы остальным участникам познакомиться с вами, танец - визитную карточку». Один из участников выходит в центр круга и танцует свой танец под выбранную им музыку. По окончании танца каждого члены группы обмениваются впечатлениями. Упражнение длится до тех пор, пока все не побывают в центре круга.

Возможны разнообразные вариации этого упражнения, связанные с выражением в танцевальной форме традиционных компонентов Я-концепции: «Я - реальное», «Я - идеальное», «Я - глазами других». Например: один из участников выходит в центр круга и танцует сначала танец «Какой я есть на самом деле», затем - танец «Каким бы я хотел быть», после этого - «Каким меня видят другие». Для начала тренинга такой вариант слишком сложен. Его можно использовать, когда для группы станут актуальными проблемы общения, групповых и межличностных ожиданий, вопрос «что я есть для себя и других?». Танец в данном случае является материалом для последующего обсуждения.

## **ОБЩАЯ РАБОТА С БЛОКАМИ**

### *Упражнение 1 «Мышечная гимнастика»*

При выполнении этого упражнения - и при напряжении, и при расслаблении отдельных групп мышц - не забывайте о дыхании. Дышите животом, медленно и глубоко. Следите за тем, чтобы напрягались только те мышцы, которые необходимы для выполнения каждого движения. Остальные мышцы должны быть свободны и расслаблены. Мышцы надо напрягать как можно сильнее и удерживать в этом состоянии до полного изнеможения. После этого следует максимально расслабить их. При выполнении каждого движения необходимо сосредоточить внимание на ощущениях в напряженных и расслабленных мышцах.

**Лицо:** поднимите брови как можно выше и держите их в этом состоянии до полного изнеможения участвующих в этом движении мышц. Расслабьтесь. Теперь сильно зажмурьте глаза, затем расслабьте их. Рот: улыбка до ушей; губы вытянуты в трубочку - «поцелуй»; раскройте рот как можно шире - нижняя челюсть максимально отведена вниз. В каждом движении чередуются напряжение и расслабление.

**Плечи:** дотянитесь плечом до мочки уха, не наклоняя голову. Расслабьтесь. То же самое - со вторым плечом. Почувствуйте, как плечи становятся тяжелее.

**Руки:** обе кисти крепко сожмите в кулаки. Задержитесь в таком положении. Расслабьтесь. Должны появиться тепло и покалывание в пальцах.

**Бедра и живот:** сидя на стуле, поднимите ноги перед собой. Держите ноги на весу до изнеможения в бедрах. Расслабьтесь. Напрягите противоположную группу мышц - попытайтесь зарыть ступни в землю. Зарывайте тверже! Расслабьтесь и сосредоточьтесь на расслаблении, которое чувствуется в верхней части ног.

**Ступни:** сидя на стуле, поднимите пятки высоко вверх. Только пятки! Должно появиться напряжение в икрах и ступнях. Расслабьтесь. Поднимите носки. Почувствуйте напряжение в ступнях и передней части ног. Расслабьтесь. Прислушайтесь к ощущению в мышцах нижней части ног.

Следующий этап: лежа, не совершая движений, напрягайте отдельные группы мышц, пользуясь памятью ощущений. Дыхание брюшное!

# ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭГО-СОСТОЯНИЙ

## Упражнение 1

«Я человек, который...»

Возьмите лист бумаги и озаглавьте его: «Я человек, который...». Затем за две минуты напишите все возможные способы закончить это предложение. После этого расслабьтесь и в течение некоторого времени осматривайте комнату, в которой вы находитесь. Для того чтобы помочь себе «войти» в своего Взрослого, сядьте на стуле прямо. Ногами упритесь в пол. Посмотрите на ваш лист. Проверьте каждый вариант законченного предложения на то, является ли он отражением реальной действительности или написан с участием Ребенка. Если вы решите, что какие-то варианты составлены под влиянием Ребенка, подумайте, какова реальная действительность. Выделите свойственные Ребенку слова и употребите слова Взрослого. Например, если вы написали: «Я человек, который не умеет ладить с людьми», то это предложение можно переделать и так: «Я разумный и дружелюбный человек и вполне способен ладить с людьми». Измените подобным образом все продиктованные Ребенком варианты.

Теперь возьмите другой лист бумаги. За две минуты напишите все девизы и убеждения, которые вы слышали от родителей или значимых взрослых. Затем, как и раньше, «включите» Взрослого. Посмотрите ваш список Родительских девизов и убеждений. Отметьте, какие варианты отражают реальность, а какие продиктованы Родителем. Если вы решите, что некоторые варианты нуждаются в изменении в соответствии со «взрослой» реальностью, вычеркните их и замените на новые. Например, можно вычеркнуть: «Если у тебя сначала что-то не получается, пытайся еще и еще» и написать вместо этого: «Если у тебя сначала что-то не получается, измени поведение так, чтобы получилось». Это упражнение можно делать в часы отдыха.

## Упражнение 8 «Идентичность и имя»

Обдумайте, как связаны ваше имя и сценарий. Какую идентичность имя вам дает?

Кто дал вам имя? Почему? Вас называли в честь кого-то? Если да, то не несло ли имя груз каких-то особых ожиданий? Вы гордились своим именем или не любили его? Называли ли вас именем, которое не соответствовало вашему полу, или обидным прозвищем? Ваше имя настолько распространенное, что вы чувствовали себя частью толпы, или настолько редкое, что вы чувствовали себя неповторимым? Есть ли у вас прозвище? Ласковое имя? Как вы получили их? Как ваши имена или другие определения, полученные от окружающих, влияют на ваше представление о себе? Как вас называют теперь? Кто? Если вы женаты или замужем, не называете ли вы своего мужа или жену мамой или папой? Почему? Вас называют разными именами дома и на работе? Если да, то с чем это связано? Как вы предпочитаете, чтобы вас называли? Почему? Хотели бы вы иметь другое имя? Почему? Есть у вас доводы Взрослого для изменения имени? Для сохранения прежнего?

## Выделяют следующие стадии терапии в работе с последствиями насилия (Кораблина и др., 2001):

Самые общие задачи, которые должна решить женщина - жертва насилия, чтобы преодолеть травмирующую ситуацию, выглядят следующим образом:

### 1. Формирование отношения к себе:

- признание своей уникальности;
- принятие себя такой, какая есть;
- обретение любви к себе.

### 2. Формирование отношения к другим:

- признание уникальности любого другого;
- развитие в себе качеств, помогающих понять мнение, точку зрения, поведение другого.

### 3. Исследовательская позиция по отношению к себе:

- изучение своих предпочтений, реакций, состояний в обстоятельствах;
- исследование своего характера, особенностей его проявления в различных сферах деятельности (работа, семья, досуг и т.п.); самокоррекция характера;
- внимание к работе своего тела;
- анализ своих ценностей и жизненных смыслов.

### 4. Осознание необходимости восстановления (самореабилитация):

- поиск собственного алгоритма достижения равновесия: знакомство с различными, в том числе традиционными, способами восстановления; выбор способов, приемлемых и адекватных;
- понимание того, что восстановление себя за счет другого - путь тупиковый и непродуктивный, влекущий за собой такие проявления, как раздражение, агрессия, «поиск виноватого», «уход в болезнь», «синдром несчастного» и др.; это, как правило, стихийные неосознанные пути восстановления, которые не способствуют улучшению отношений с окружающими (Кац, Тмен-чик, 1989).

### 5. Взгляды, которые помогают достичь психического равновесия:

- все проблемы во мне самой;
- все зависит от моего отношения к происходящему;
- внутреннее равновесие проистекает не из желания изменить других, а от принятия их такими, какие они есть;
- все, что мы можем изменить, - это наше восприятие мира, восприятие окружающих, восприятие самого себя;
- важно перестать тревожиться и научиться жить сейчас;
- научитесь прощать - это позволит избавиться от многих проблем;
- необходимо избавиться от страха и предпочесть любовь страху - тогда можно изменить природу наших отношений с другими людьми (Деркач, Семенов 1998).

На восстановление у жертвы насилия контроля над своим поведением может уйти длительное время: недели, месяцы, а иногда и годы. В этих случаях необходим переход от консультативной тактики к психотерапевтической.