

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ
«ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»**

**Кафедра психологии
Институт педагогики и психологии**

**ВТОРОЙ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ
НАУЧНЫЙ ФОРУМ
(с международным участием),
приуроченный к 100-летию Университета**

ДОКЛАДЫ И ВЫСТУПЛЕНИЯ

**Секция 3. Личность в кризисной ситуации: психологическое
консультирование и психотерапия.**

**Интегративная стратегия
в психотерапии посттравматического стресса**

Елена Ивановна Барышева,
кандидат психологических наук, доцент,
зав. кафедрой психологии, профессор,
ГОУ ВО ЛНР «Луганский государственный педагогический университет»

ПОНЯТИЕ ПТСР. Чрезвычайные (экстремальные) ситуации характеризуются, прежде всего, сверхсильным воздействием на психику человека, что вызывает у него травматический стресс. Психологические последствия травматического стресса в крайнем своем проявлении выражаются в посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР), возникающем как затяжная или отсроченная реакция на ситуации, сопряженные с серьезной угрозой для жизни или здоровья.

Интенсивность стрессогенного воздействия в ситуациях, связанных с угрозой существованию человека, бывает столь велика, что личностные особенности или предшествующие невротические состояния уже не играют решающей роли в генезисе ПТСР. Конечно, их наличие может способствовать развитию, отражаться в течении или клинической картине ПТСР, однако последнее может развиваться в катастрофических обстоятельствах практически у каждого человека даже при полном отсутствии явной личностной предрасположенности.

Следует подчеркнуть, что, **во-первых**, ПТСР – это одно из возможных психологических последствий переживания травматического стресса и, **во-вторых**, данные многочисленных исследований говорят о том, что ПТСР возникает приблизительно у 20% лиц, переживших ситуации травматического стресса (при отсутствии физической травмы, ранения). *Люди, страдающие ПТСР, могут обращаться к врачам различного профиля, поскольку его проявления, как правило, сопровождаются как другими психическими расстройствами (депрессия, алкоголизм, наркомания и пр.), так и психосоматическими нарушениями.*

В психологической картине ПТСР специфика травматического стрессора (военные действия или насилие и т. д.) безусловно, учитывается, хотя общие закономерности возникновения и развития ПТСР не зависят от того, какие конкретные травматические события послужили причиной психологических и психосоматических нарушений. Главным является то, что эти события носили экстремальный характер, выходили за пределы обычных человеческих переживаний и вызывали интенсивный страх за свою жизнь, ужас и ощущение беспомощности.

Важными характеристиками тяжелого психотравмирующего фактора являются **1) неожиданность**, **2) стремительный темп развития катастрофического события и 3) длительность воздействия**, а также **4) повторяемость в течение жизни** (Тарабрина, 2001).

Согласно клинической типологии и классификации посттравматического стрессового расстройства (ПТСР)» в эту группу расстройств отнесены затяжные патологические состояния у военнослужащих, ветеранов войны, бывших депортированных и экс-военнопленных после кратковременного или длительного экстремального воздействия.

В рамках посттравматической патологии большинство авторов выделяют **три основные группы симптомов: 1) чрезмерное возбуждение** (включая вегетативную лабильность, нарушение сна, тревогу, навязчивые воспоминания, фобическое избегание ситуаций, ассоциирующихся с травматической); **2) периодические приступы депрессивного настроения** (притупленность чувств, эмоциональная оцепенелость, отчаяние, сознание безысходности); **3) черты истерического реагирования** (параличи, слепота, глухота, припадки, нервная дрожь) (Horowitz et al., 1980).

Среди невротических и патохарактерологических **синдромов** выделены **характерные для ПТСР** состояния:

– **«солдатское сердце»** (боль за грудиной, сердцебиение, прерывистость дыхания, повышенная потливость),

– **синдром выжившего** (хроническое «чувство вины оставшегося в живых»),

– **флэшбэк-синдром** (насильственно вторгающиеся в сознание воспоминания о «непереносимых» событиях),

– **проявления «комбатантной» психопатии** (агрессивность и импульсивное поведение со вспышками насилия, злоупотребление алкоголем и наркотиками, беспорядочность сексуальных связей при замкнутости и подозрительности),

– **синдром прогрессирующей астении** (послелагерная астения, наблюдающаяся после возвращения к нормальной жизни в виде быстрого старения, падения веса, психической вялости и стремления к покою),

– **посттравматические рентные состояния** (нажитая инвалидность с осознанной выгодой от полагающихся льгот и привилегий с переходом к пассивной жизненной позиции).

Эти состояния обладают определенной динамикой, в частности – посттравматическая симптоматика с возрастом может не только не ослабевать, а становиться все более выраженной.

В настоящее время термин ПТСР все чаще используется применительно к последствиям катастроф мирного времени, таких, как природные (климатические, сейсмические), экологические и техногенные катаклизмы; пожары; террористические действия; присутствие при насильственной смерти других в случае разбойного нападения; несчастные случаи, в т.ч. при транспортных и производственных авариях; сексуальное насилие; манифестирование угрожающих жизни заболеваний; семейные драмы.

Средние показатели частоты ПТСР в условиях военного времени (15–30%) не совпадают с общими данными о распространенности ПТСР после тяжелого стресса в мирное время (0,5– 1,2%).

Психотерапия ПТСР (посттравматического стрессового расстройства) направлена в первую очередь на реинтеграцию нарушенной вследствие травмы психической деятельности. **Задачей психотерапии** является: - *создание новой когнитивной модели жизнедеятельности*, - *аффективная переоценка травматического опыта*, - *восстановление чувства ценности собственной личности и способности дальнейшего существования в мире*. К настоящему времени разработаны конкретные дифференцированные методы работы с травмированными клиентами, причем эффективность этих методов поддается объективной оценке; важно, однако, своевременно и верно диагностировать наличие у клиента ПТСР (Калмыкова и др., 2001).

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ПСИХОТЕРАПИИ ПТСР

В настоящее время не существует устоявшейся точки зрения на результаты лечения ПТСР. Одни исследователи считают, что ПТСР – излечимое расстройство, другие – что его симптомы полностью не устранимы. ПТСР обычно вызывает нарушения в социальной,

профессиональной и других важных сферах жизнедеятельности. Очевидно одно: **лечение ПТСР – процесс длительный** и может продолжаться несколько лет.

В целом, психотерапия работает на подкрепление защитных факторов, поскольку она ведет именно к переосмыслению происшедших событий и усилению механизмов адаптации. **Целью психотерапевтического лечения клиентов с ПТСР** является *помощь в освобождении от преследующих воспоминаний о прошлом и от интерпретации последующих эмоциональных переживаний как напоминаний о травме, а также в том, чтобы клиент мог активно и ответственно включиться в настоящее.* Для этого ему необходимо вновь обрести контроль над эмоциональными реакциями и найти произошедшему травматическому событию надлежащее место в общей временной перспективе своей жизни и личной истории. **Ключевым моментом психотерапии клиента с ПТСР** является интеграция того чуждого, неприемлемого, ужасного и непостижимого, что с ним случилось, в его представление о себе (образ Я) (van der Kolk, Ducey, 1993).

В связи с этим существует **четыре стратегии терапии**, позволяющие достичь этой цели (Ениколопов, 1995):

- **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: 1) снижению тревоги и 2) 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.

В работе Горовица (Horowitz, 1998) рассмотрены **пять стадий актуального состояния клиента** (фазы его реакции на травматическое событие):

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.

Психотерапия посттравматического расстройства, независимо от конкретно избранного метода лечения, характеризуется рядом особенностей. Прежде всего, следует иметь в виду **высокие показатели прерывания терапии** с жертвами ДТП, разбойных и других нападений (50% случаев). 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 клиента 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: **1)** создание доверительного и надежного контакта; **2)** информирование клиента о характере его расстройства и возможностях терапевтического вмешательства; **3)** подготовка клиента к дальнейшему терапевтическому опыту, в частности – к необходимости вновь вернуться к болезненным травматическим переживаниям.

Разработан **подход психотерапевтического обучения**, который включает в себя **шесть компонентов** (Юрьева, 2002):

- 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.

Основные предпосылки успешной работы с клиентами, страдающими ПТСР, можно сформулировать следующим образом.

Способность клиента рассказывать о травме прямо пропорциональна способности терапевта эмпатически выслушивать этот рассказ. Любой признак отвержения или обесценивания воспринимается клиентом как неспособность терапевта оказать ему помощь и может привести к прекращению борьбы клиента за свое выздоровление. Эмпатичный терапевт поощряет клиента рассказывать об ужасных событиях, не демонстрируя ему собственной шоковой реакции. Терапевт не приуменьшает значение спонтанно возникших тем и не переводит разговор на «нейтральные» темы, которые непосредственно не связаны с травматическим страхом. В противном случае у клиента возникает ощущение, что экзистенциальная тяжесть пережитого невыносима для терапевта, и клиент будет чувствовать себя непонятым. Травматический перенос отражает не только опыт ужаса, но также и опыт беспомощности. Ветераны войны не смогут доверять терапевту до тех пор, пока они не убедятся, что он способен выслушать подробности военных историй.

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.

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 нетерапевтичным. 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 завершилась формальным ритуалом, во время которого документ подписывается клиентом как истцом, а терапевтом как свидетелем. Необходимо 12–20 еженедельных сессий, чтобы завершить эту работу.

Не только гипноз, но и другие техники могут быть использованы для создания измененных состояний сознания, в которых диссоциированный травматический опыт более доступен. Но *какие бы техники ни применялись, базовыми остаются следующие правила:*

- 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:

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.

Еще один заслуживающий упоминания аспект терапевтической работы с клиентами, страдающими ПТСР, – это *психологические трудности, которые испытывает сам психотерапевт в процессе своей работы*. Прежде всего, он должен быть интеллектуально и эмоционально готовым к столкновению со злом и трагичностью мира. Можно выделить две основные стратегии поведения психотерапевтов – избегание (обесценивание) и сверхидентификация.

Первая крайняя реакция со стороны терапевта – избегание или обесценивание: «Нет, такого клиента я не вынесу!» Собственные чувства терапевта (страх, отвращение) нарушают его способность воспринимать рассказ клиента; возможно возникновение недоверия к отдельным деталям. Терапевт сидит с отсутствующим выражением лица, демонстрируя нежелание или неспособность воспринять рассказ о травме, поверить и переработать его. Подобная установка ведет к тому, что терапевт не задает никаких вопросов относительно деталей и конкретных переживаний, как бы дистанцируясь от проблем клиента. Подобное защитное поведение является фундаментальной ошибкой в терапии травмированных клиентов. Нежелание терапевта касаться отталкивающих (с точки зрения общепринятой морали) биографических фактов жизни клиента все более отдаляет их друг от друга, тем самым усиливая «заговор молчания», что в итоге может привести к развитию хронической формы ПТСР.

Сверхидентификация – другая крайняя позиция терапевта, связанная с фантазиями спасения или мести и обусловленная «избытком» эмпатии. В результате этой чрезмерной эмпатии терапевт может выйти за рамки профессионального общения. Принимая на себя роль товарища по несчастью или по борьбе, он существенно ограничивает возможность предложить клиенту коррективный эмоциональный опыт. Опасность такой позиции состоит в том, что любое развенчание иллюзий, неизбежное в терапии, может оказать разрушительное влияние на терапевтические отношения.

Реакции неуверенности у терапевта обусловлены его смущением или опасением усилить травматизацию, боязнь вызвать декомпенсацию у клиента при расспросе о содержании и деталях пережитой травмы. При сексуальных травмах подобная реакция терапевта объясняется его стыдливостью, поэтому, когда клиент сообщает, что ему трудно говорить на эту тему, терапевт склонен пойти у него на поводу. Рассказ клиента о травме может вызвать у терапевта нарушения контроля: он не в состоянии собраться с мыслями, от

услышанного у него выступают слезы на глазах. У клиента появляются сомнения в действиях терапевта, поскольку последний не способен вынести его рассказа. Однако большинство клиентов могут выдержать кратковременный прорыв чувств терапевта при условии, что затем он снова возвращается к своей профессиональной роли. Таким образом, **слишком сильная эмоциональная реакция терапевта так же вредна, как и слишком слабая.**

Работа с травмированными клиентами требует большого эмоционального вклада от терапевта, вплоть до развития у него подобного расстройства – вторичного ПТСР или вторичной травмы (Danieli 1994), что подробно рассматривается в профессиональной литературе.

Психотерапевтические методы при ПТСР разнообразны:

1. **Рациональная психотерапия** – когда клиенту разъясняют причины и механизмы ПТСР.

2. **Методы психической саморегуляции для снятия симптомов напряжения и тревоги** – аутотренинг, прогрессивная мышечная релаксация, активная визуализация положительных образов.

3. **Когнитивная психотерапия** – используется для переосмысления дезадаптивных мыслей и изменения негативных установок.

4. **Личностно-ориентированная терапия** – позволяет изменить отношение пострадавшего к психотравмирующей ситуации и принять ответственность если не за нее, то за свое отношение к ней.

5. **Позитивная терапия, гештальт-подход** основаны на представлении, что существуют не только проблемы и болезни, но и способы и возможности их преодоления, присущие каждому человеку

6. **Нейро-лингвистическое программирование** - *основные показания к использованию метода* в клинической практике: посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР); невротические состояния, включая фобии, случаи паники и другие тревожные расстройства; депрессия; расстройства личности, зависимости от психоактивных веществ и созависимости; психосоматические заболевания и др.

7. **Арт-терапевтические практики** - направление в психотерапии и психологической коррекции, основанное на применении для терапии искусства и творчества. Существуют различные виды арт-терапии. .

Конкретная форма психотерапии остается предметом выбора для большинства больных, переживших психотравму. В конечном счете, травматизация разрушает когнитивные Я-схемы жертвы и ее взгляд на мир; воссоздание разрушенного бывает болезненным. Самые различные уровни психотерапевтических техник могут оказаться эффективным форматом работы: выслушивание, консультирование,

краткосрочная динамическая психотерапия.

8. **«Логотерапия»** (Frankl, 1959), – который заключается в том, чтобы найти смысл в случившемся. Оказывается, что как только найден смысл, большинство клиентов быстро выздоравливает.

9. **Групповая терапия** – наиболее часто применяемый формат терапии для клиентов, переживших травматический опыт. Она нередко используется в сочетании с разными видами индивидуальной терапии. Не существует каких-либо специальных рекомендаций, позволяющих выбрать оптимальный вид групповой терапии, тут можно использовать группы различных направлений: (а) группы открытого типа, ориентированные на решение образовательных задач или на структурирование травматических воспоминаний (работа «там и тогда»); (б) группы, имеющие заданную структуру, нацеленные на выполнение конкретной задачи, на выработку навыков совладания с травмой, на работу с интерперсональной динамикой (работа «здесь и теперь»). Обзор многочисленных направлений групповой терапии, который охватывает когнитивно-бихевиоральные, психолого-образовательные, психоаналитические и психодраматические группы, группы самопомощи, анализа сновидений, арт-терапии и множество других, представлен в работе (Allen, Bloom, 1994).

Какие 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.

Принципы и методы групповой терапии описаны во многих работах, например Рудестам (1998); Ялом (2000). Здесь мы хотим привести лишь те **правила**, которые универсальны как **для групп психотерапии**, так и **для тренинговых групп**.

Правила работы группы:

1. Доверительный стиль общения. Для того чтобы группа работала с наибольшей отдачей и участники как можно больше доверяли друг другу, в качестве первого шага к созданию климата доверия предлагается принять единую форму обращения на «ты». Это психологически уравнивает всех членов группы, независимо от возраста и роли (в том числе и терапевта).

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. Персонификация 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 заменят 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. Все, что происходит во время занятий, никогда, ни под каким предлогом не выносится за пределы группы. Участники должны быть уверены в том, что никто не расскажет о переживаниях человека, о том, чем он поделился с другими во время занятия. Это помогает членам группы быть искренними и способствует самораскрытию.

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. Когда высказывается кто-либо из членов группы, все его внимательно слушают, давая человеку возможность сказать то, что он хочет. Члены группы помогают говорящему, всем своим видом показывая, что слушают его, что рады за него, что им интересны его мнение, его внутренний мир. Участники не перебивают говорящего и молчат до тех пор, пока он не закончит говорить. И лишь после этого можно задать свои вопросы, поблагодарить его или с ним поспорить.

Методы и техники некоторых направлений психотерапии, которые хорошо себя зарекомендовали при работе с клиентами с ПТСР, мы рассматриваем на тренинговых занятиях.