**Психологическое консультирование в случае психотравмы.**

1. Понятие психологической травмы
2. Виды и последствия травмирующих событий
3. Этапы реакции на травму
4. Психологическая помощь при травме
5. Работа с психической травмой в гештальт-подходе
6. **Понятие психологической травмы**

Трудно определить кто первым ввел понятие травмы в психологическую литературу. В 1859 г. Брике выдвинул идею о том, что истерические симптомы являются результатом травматических событий, Шарко первым отнес симптомы диссоциации к мозговым изменениям, следующим за травмирующим событием. Фрейд, рассматривая случай Брейера с одной истерической девушкой обнаружил, что симптомы образовываются как осадки, или остатки аффективных переживаний, которые стали впоследствии называть «психическими травмами».

Вторая половина XIX века известна исследованиями психопатологии травматического стресса, связанная с военными событиями: Мендос да-Коста описывал «болезненно чувствительное сердце» у солдат во времена Гражданской войны в Америке, «травматический невроз» как термин описывал расстройства у жертв первых железнодорожных катастроф, Первая и Вторая мировые войны также расширили и углубили знания о неврологических расстройствах, связанных с военными стрессовыми реакциями.

Таким образом, к 1980 году диагноз «посттравматическое стрессовое расстройство» вошло в классификатор DSM-III. В пятом пересмотре DSM посттравматическое стрессовое расстройство отнесено к категории психиатрических расстройств, связанных со стрессом и психической травмой. Ниже приведены критерии ПТСР в DSM-V для взрослых, подростков и детей старше 6 лет.

*Критерий А Подверженность смертельной опасности или угрозе смерти, получение или угроза серьезного ранения, сексуальное насилие или его угроза, что может проявится одним из нижеперечисленных способов:*

1.     Непосредственное переживание травматического события.

2.     Личное свидетельство события, в которые вовлечены другие лица.

3.     Известия о событии, которое произошло с близкими членами семьи или близкими друзьями. В случаях непосредственной или возможной угрозы смерти члена семьи или друга, событие должно быть внезапным или неожиданным.

4.     Повторяющаяся или чрезмерная подверженность некоторым аспектам травматического события, вызывающим сильную негативную эмоциональную реакцию (например, те, кто в силу обстоятельств первыми оказались на месте гибели людей и заняты сбором тел и останков тел погибших; полицейские, многократно становившиеся свидетелями непосредственных последствий насилия над детьми.)

*Критерий B. Присутствие одного или более симптомов вторжения, связанных с травматическим событием, которые появились после травматического события:*

1.     Повторяющиеся, непроизвольные и вторгающиеся воспоминания о травматическом событии, вызывающие дистресс.

2.     Повторяющиеся сновидения, вызывающие дистресс, содержание и/или аффект которых имеет отношение к травматическому событию.

3.     Диссоциативные реакции (например, флеш-бэк эффекты), в которых индивид чувствует или ведет себя так, как будто бы травматическое событие прошлого происходит в настоящем. (Подобные реакции могут быть расположены на континууме интенсивности, крайний полюс которого соответствует состояниям с полной утратой контакта с окружающей реальностью).

4.     Сильный или продолжительный психологический дистресс при воздействии внешних или внутренних раздражителей, которые символизируют или обладают сходством с каким-либо из аспектов травматического события.

5.     Физиологическая реактивность при воздействии внешних или внутренних раздражителей, которые символизируют или обладают сходством с каким-либо из аспектов травматического события.

*Критерий C Устойчивое избегание стимулов, связанных с травмой, наблюдающееся после завершения травматического события (по крайней мере, одно из нижеперечисленного):*

1.     Избегание или попытки избежать вызывающих дистресс воспоминаний, мыслей или чувств, непосредственно или тесно связанных с травматическим событием.

2.     Избегание или попытки избежать внешнего напоминания (например, определенных людей, мест, объекты, ситуации, видов длительности, разговоров), в результате которого возникают вызывающие дистресс воспоминания, мысли или чувства, относящиеся или тесно связанные с травматическим событием.

*Критерий D Ухудшение когнитивного функционирования и настроения, связанное с травматическим событием, начавшееся или усилившееся после завершения травматического события (по крайней мере, два из нижеперечисленного):*

1.     Невозможность припомнить важные аспекты травматического события (главным образом, в силу диссоциативной амнезии и не связанное с такими факторами, как черепно-мозговая травма, употребление алкоголя или наркотиков).

2.     Устойчивые и преувеличенно искаженные убеждения или ожидания негативного характера о себе самом или окружающем мире (Например, "Я плохой", "Никому нельзя доверять", "Мир опасен", "Я утратил свою душу навсегда", ""Моя нервная системы полностью нарушена").

3.     Устойчивое и искаженные убеждения относительно причины или последствий травматического события, на которых основано самообвинение или обвинение других.

4.     Устойчивые негативные эмоциональные состояния (например, страх, ужас, гнев, вина или стыд).

5.     Заметное значимое снижение интереса или вовлеченности в виды деятельности, которые прежде были значимы.

6.     Чувство отстраненности и отчужденности от других людей.

7.     Устойчивая неспособность испытывать положительные эмоции (например, неспособность переживать счастье, удовлетворение или чувства любви и привязанности)

*Критерий E Заметное и значимое изменение физиологической возбудимости и реактивности, начавшееся или усилившееся после завершения травматического события (по крайней мере, два из нижеперечисленного):*

1.     Раздражительность или вспышки гнева (возникающие без всякой причины или по незначительным поводам), обычно выраженные в вербальной или физической агрессии в отношении людей или объектов.

2.     Поведение самоповреждения, безрассудное рискованное поведение.

3.     Повышенная настороженность.

4.     Преувеличенная стартовая реакция

5.     Трудности с засыпанием или сохранением сна.

6.     Трудности с концентрацией внимания.

*Критерий F Продолжительность расстройства (симптомов, описанных в критериях B, C, D и F) более 1 месяца*

*Критерий G Расстройство вызывает клинически значимый дистресс или нарушение в социальной, профессиональной или иной сфере функционирования индивида*

*Критерий H Расстройство не связано с физиологическим эффектом употребления веществ (например, лекарства, алкоголь) или с другими расстройствами и заболеваниями.*

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) в МКБ-11 является синдромом, который развивается после контакта с чрезвычайно угрожающим или ужасным событием, или серией событий, которые характеризуются всем следующим:

1) переживание травматического события или событий в настоящем в формы ярких навязчивых воспоминаний, воспоминаний или ночных кошмаров, которые обычно сопровождаются сильными и подавляющими эмоциями, такими как страх или ужас, сильные физические ощущения или чувства переполнения, или погружения в те же сильные эмоции, которые испытывались во время травматического события;

2) избегание мыслей и воспоминаний о событии или событиях, или избегание действий, ситуаций или людей, напоминающих о событии или событиях;

3) постоянное восприятие повышенной угрозы, например, гипервигильность (тенденция к гипертрофированным реакциям) - повышенная пугливость/боязливость. Симптомы должны сохраняться в течение по крайней мере нескольких недель и вызывать значительное ухудшение в личных, семейных, социальных, образовательных, профессиональных или других важных областях функционирования.

То есть, экстремальные события и ситуации могут вызвать у человека определенный комплекс психологических осложнений. По аналогии с определением физической травмы, где присутствует повреждение тканей организма, нарушение целостности организма, **понятие психической травмы** можно трактовать как нарушение целостности и функций психики человека, которое вызвано внешним воздействием. Таким, когда имеется некоторое психологически тяжелое, травмирующее событие, вызывающее глубокие переживания, с которыми тяжело справиться и развитие определенных симптомов. Имеются в виду потенциально травмирующие события, поскольку событие, вызвавшее у одного человека переживания, нарушающие его функционирование, для другого могут быть вполне преодолимыми, или обыденными.

Даже наличие острых переживаний в момент события не всегда обнаруживает симптомы травмы, или последствия травматического характера.

Психическая травма может случаться в жизни практически любого человека. Она – часть нашей жизни, а не что-то исключительное. Травма – это временное нарушения целостности и функционирования, вызванные внешним событием. Многочисленные исследования различных последствий психологически травмирующих событий являются отражением разных аспектов одного процесса. Переживание психической травмы – это нормально протекающий процесс со своими закономерностями (этапами, действующими факторами), механизмами и возможными отклонениями от нормального протекания. То есть это может быть нормально протекающий болезненный процесс, подобно процессу заживления ран, в котором в некоторых случаях могут встречаться осложнения.

В травматической ситуации происходит нарастание напряжения и запечатление ситуации в психике. После травматической ситуации возникает невозможность завершить ситуацию, симптомы «повторения» ситуации, невозможность расслабления. Травма запечатлевается только тогда, когда сил человека не хватает, чтобы справиться с происходящим так, как он этого хочет; происходит то, чего человек не в силах допустить. Травма возникает в разрыве между возможностью изменить ситуацию и смириться с ней, когда ни того, ни другого не происходит. Травматическая ситуация в результате оказывается незавершенной. Человек выживает, но ценой того, что ситуация оказывается «отсроченной», реакция откладывается до того момента, когда сможем ил изменить, или, что чаще, смириться с происходящим. Отсроченная реакция на травму – это нормальное последовательное переживание приближения к травме.

1. **Виды и последствия травмирующих событий**

Травматические ситуации-это такие экстремальные критические события, которые обладают мощным негативным воздействием, ситуации угрозы, требующие экстраординарных усилий по совладанию с последствиями воздействия. В качестве важных характеристик тяжелого психотравмирующего фактора выделяется неожиданность, стремительность развития события, его длительность и повторяемость в течении жизни. По типу события выделяют такие факторы как:

Военные действия

Природные экологические и техногенные катастрофы

Пожары, террористические акты

Присутствие при насильственной смерти других

Несчастные случаи, аварии

Сексуальное насилие

Внезапное появление угрожающих жизни заболеваний Нападения

В зависимости от того, какую роль играет в этих событиях человек, они делятся на природные, вызванные людьми без намерения причинить вред, или с особым намерением причинить вред. Наиболее травматичными оказываются события, связанные с намеренным причинением вреда другими.

Также травматичным событием может быть перенесенное заболевание, хирургические вмешательства, рождение ребенка, утрата близкого, и тд.

Говоря о видах травмирующих событий, выделяют первичную травматизацию (человек-участник или свидетель события) и вторичную травматизацию (человек становится свидетелем через рассказы других, просмотр хроники событий, чтение газет и т.д.) Вторичная травматизация близка к «травме воображения», когда человек «придумывает» себе возможное травмирующее событие (воображает о страшных последствиях) и затем реагирует на него как на реальную травму.

**Последствия травматической ситуации** связаны с реакциями и изменениями на психологическом и физиологическом фоне. Обычными, нормальными для человека реакциями является чувство тревоги, страха, подавленности, беспокойство за судьбу родных, близких, психическая напряженность, состояние стресса и аффективные реакции. Возможны психопатологические проявления типа невротических реакций и состояний (неврозы), реактивные психозы или аффективно-шоковые реакции. Растерянность, непонимание, паника, физиологические проявления (тахикардия, тремор, холодный пот, сухость во рту, тошнота, головокружение, учащенное мочеиспускание, головокружение, параличи, заикание), бесцельное метание, или наоборот застревание, ступор. Если это фугиформная реакция, характерно неузнавание окружающих, отсутствие адекватного контакта, бессвязность речи, крик, немотивированная агрессия, прикосновение или звук рядом могут вызвать усиление страха. Воспоминания о пережитом частичные, обычно помнится только начало события. При ступорозной форме наблюдается общая обездвиженность, оцепенение, пострадавший не реагирует на окружающее, часто принимают эмбриональную позу, присутствуют нарушения памяти.

Во время, и после события могут быть нарушения, искажения восприятия. В частности, время замедляется, растягивается, восприятие пространства (расстояние, размеры предметов). Восприятие теряет целостность, человек не в состоянии воспринять картину целиком. Такую фрагментацию травматического опыта называют первичной диссоциацией. Частым бывает ощущение нереальности происходящего. Как будто пострадавший наблюдает за всем со стороны. Такие образы можно назвать диссоциированными или вторичная (перитравматическая) диссоциация. Часто именно такая форма диссоциации помогает пережить непереносимую ситуацию, может снижать степень физической и психической боли, способствует более благоприятному переживанию травмы. Также ближайшим последствием является **острая реакция на стресс.** Это транзиторное расстройство значительной тяжести, развивающееся в ответ на исключительный физический и психологический стресс и проходит обычно в течении нескольких часов или дней. Симптомы включают начальное состояние «оглушенности» с некоторым сужением поля сознания, дезориентацию и неспособность адекватно реагировать на внешние стимулы. Часто при этом присутствуют вегетативные признаки панической тревоги (тахикардия, потение, покраснение).

 Особая роль в выделении различных типов травмы в зависимости от их длительности и от связи этих событий со смертью близких. Реакция на это может длиться долго. Это возникновение острого горя схожа у многих людей проявлением периодических приступов физического страдания, от 20 минут до 1 часа, спазмы в горле, припадки удушья с учащенным дыханием, постоянная потребность вздохнуть, чувство пустоты в животе, потеря мышечной силы, душевная боль, чувство обессиленности, истощения. Появляется легкое чувство нереальности, увеличение эмоциональной дистанции с другими, чувство вины, враждебность по отношению к другим. Совершают бесцельные действия, непоседливы, без интереса, без смысла.

Отдаленными последствиями травмы будут:

1. Нервно-психические заболевания, психологические нарушения и изменения.

ПТСР, депрессия, тревога, импульсивное поведение, зависимости, импульсивное поведение, психосоматические проблемы, нарушение Эго-функционирования, стойкие изменения личности после переживания катастрофы

1. Проблемы социальной дезадаптации, реадаптации, адаптации к новой ситуации.

Расстройства приспособительных реакций.

1. Социальные проблемы, связанные с последствиями травмы. Перемены места жительства, статуса и др.

Погодин И. пишет о том, что психическая травма является не столько результатом травматогенного события самого по себе, сколько следствием блокирования возможности его переживания. С позиции гештальт-подхода психическая травма – это феномен границы контакта в поле организм/среда, являющийся следствием блокирования естественного течения процесса переживания, проявляющийся в разрушении или деформации self; при этом способ прерывания переживания формирует специфическую феноменологию травмы, определяя ее тип и характер проявления, а также особенности психотерапии. Следовательно, основной стратегической целью терапии психической травмы является восстановление соответствующего ей процесса переживания.

Осознавание и восстановление процесса переживания травмы позволяет повысить гибкость реагирования человека, что в свою очередь поддерживает его способность к творческому приспособлению. С другой стороны, осознание травм без избавления от них позволяет сохранить типичные личностные проявления, характеризующие индивидуальные особенности человека, а также его витальные феномены – желания, чувства (во всем их разнообразии), способность к творчеству. В процессе психотерапии терапевт работает благодаря и посредством своих собственных травм. При этом, чем более осознанным будет содержание своих травм терапевтом, тем более широкий репертуар способов использования этого опыта в терапии будет доступен для него, тем, следовательно, более эффективным и творческим окажется терапевтический процесс.

1. **Этапы реакции на травму**

Классифицировать по типу травмы и описать.

1. **Психологическая помощь при травме**

Е. Лопухина описывает анализ переживания травмы, как «способ отсрочить столкновение психики с ужасом, от которого можно сойти с ума». В соответствии с ним можно выделить четыре фазы постстрессовой реакции: шок и отрицание, гнев, депрессию, исцеление. Общий принцип протекания постстрессовой реакции заключается в следующем. Для естественного перехода на следующую фазу предыдущая должна дойти до логического завершения. Другими словами, чтобы идти дальше, человек должен полностью решить задачу, соответствующую текущей фазе.

**Фаза шока.** Задача - самоанестезия. Основная фраза - «ничего (или почти ничего) не произошло». Форма проявления - заглушение восприятия (через оцепенение или повышенную активацию). Психологическая помощь - разрешении «рыданий»; уменьшение ступорозных симптомов (разморозка). Критерий завершения - признание случившегося как реального факта жизни.

**Фаза гнева**. Задача - прохождение от формального признания к внутреннему принятию. Основная фраза - «я знаю, что так случилось, но не принимаю этого». Форма проявления -протест (в виде гнева или тревоги). Психологическая помощь - объяснение «нормальности» реакции гнева; поддержка в поиске объектов гнева; помощь в отреагировании гнева. Критерий завершения - резкое снижение активности.

**Фаза депрессии**. Задача - горевание. Основная фраза - «боль продолжается и продолжается, и у нее нет конца». Форма проявления - снижение активности, апатия. Психологическая помощь - быть рядом и дать представление о конечности депрессии. Критерий завершения - постепенное повышение активности

**Фаза исцеления**. Задача - введение травмы в контекст жизни. Основная фраза - «я становлюсь в чем-то больше, чем раньше». Форма проявления - повторные переживания травмы (в различных формах) без возбуждения. Психологическая помощь - осмысление травмы; восстановление прерванной жизненной линии. Критерий завершения - исчезновение всех симптомов предыдущих фаз.

При оказании помощи в естественном переживании травмы психолог должен держать в фокусе восприятия два вопроса: На какой фазе произошла фиксация (остановка) естественного процесса? Где (в какой теме, в каких переживаниях) находится энергия клиента здесь и сейчас?

Н. В. Тарабрина выделяет в терапевтических отношениях с клиентом, у которого имеется посттравматическое стрессовое расстройство, характерные особенности, которые можно сформулировать следующим образом:

-постепенное завоевание доверия клиента с учетом того, что у него наблюдается выраженная утрата доверия к миру;

-повышенная чувствительность по отношению к «формальностям» проведения терапии» (отказ от стандартных диагностических процедур перед разговором о травматических событиях);

-создание надежного окружения для клиента во время оказания психологической помощи;

 -адекватное исполнение ритуалов, которые способствуют удовлетворению потребности

клиента в безопасности;

-обсуждение и исключение возможных источников опасности в реальной жизни клиента.

 **5.** **Работа с психической травмой в гештальт-подходе**

М. Н. Мясникова рассматривает формирование посттравматического стрессового расстройства и пути работы с ним в гештальт-подходе. По гештальт-теории клиент наблюдается в процессе прохождения цикла опыта. Гештальт-терапевт исследует с клиентом прерывание цикла опыта и осуществляет терапевтическое вмешательство на конкретном уровне: либо чувственном, либо мобилизации энергии, либо осознавании. Главным аспектом психотерапевтического процесса является помощь клиенту в нахождении форм выражения негативных чувств. Диалог и проговаривание используются в качестве «действия». Клиента необходимо стимулировать к выражению чувств, а терапевт должен проявлять адекватную поддержку, что поможет клиенту выгерпеть возникшие эмоции и держать их на уровне, при котором они могут быть приняты и усвоены им.

Д. Зинкер считает, что одна из задач терапевта в работе с психической травмой -это организация безопасного и доверительного поля, где слезы и гнев не покажутся безумием, где можно высказывать все, что хочется. И здесь, по Д. Зинкеру, быть свидетелем для гештальт-терапевта означает следующее: 1) быть рядом и слушать; 2) не форсировать результат; 3) проявлять уважение и принимать то, что происходит; 4) видеть пользу в выражении человеком его скорби; 5) позволить себе стать твердой опорой, на которую клиент может опереться. Наблюдение и присутствие терапевта позволяет клиенту увидеть именно самого себя, осознать свою боль, беспомощность и прожить это. Важно не иметь заранее наработанной модели работы с горем, а просто помогать конкретному человеку найти свой собственный путь, который будет соответствовать потребностям.

Травма - это некое СОБЫТИЕ в жизни, которое делит жизнь на то, что было «до» и то, что происходит «после». Травматический фон - личная история как часть развития - УСЛОВИЯ роста и формирования личности. Это специфические условия развития личности, которые не позволили сформироваться базовым основам личности. Чаще всего - это отсутствие безопасности и ситуации насилия - физического или эмоционального.

Эквивалентом насилия со стороны заботящихся фигур (родителей) является бездействие в ситуациях опасности. в этом случае мы говорим о ситуациях эмоциональной или физической заброшенности.

Травмы и кризисы - неизбежная часть жизни. значение имеет среда, в которой мы переживаем такие периоды собственной жизни. При достаточной поддержке переработанным опытом может стать любой из них. если, поддержки было недостаточно, травма становится тем, что влияет на нашу жизнь.

То есть травма - экстремальный, разрушительный опыт, который человеку пришлось пережить через эмоциональный, физический, энергетический и отношенческий опыт. Это некий пробел или разрыв в естественном процессе сознания, самоидентификации, телесном опыте. Травма фиксирует человека в состоянии сдерживания огромного объема непроявленной энергии (либо не дает возможности развиваться определенным частям личности). Это большое незаконченное дело - это опыт страдания, истощения, одиночества, утраты возможности вступить в хорошие отношения и полноценно жить.

Это незавершенное дело требует разыгрывания сцены, в надежде переиграть события - от этого травма повторяется и живет в небезопасном поведении, телесном бытии личности - хроническом напряжении, позе, движении, тенденции «замораживать ощущения, навязчивых ощущениях, чрезмерных эмоциях, легкой вовлеченности в травматические переживания и обстоятельства.

Травма ухудшает способность к контакту через: глубокое чувство одиночества, изоляцию, потерю базового доверия к миру, жестокость или повреждения границы контакта, трудности в достижении удовлетворяющего и поддерживающего рост контакта с окружающей средой.

Условия гештальт терапии травматического опыта:

- построение крепкого фундамента доверия (что требует большого терпения, такта, чувствительности, мужества);

- высокое качество присутствия терапевта;

- четкость и обозначенность границ (условий работы);

- медленный темп работы;

- расширение возможностей выбора посредствам диалога и сотрудничества, в проведении экспериментов, позволяющих клиенту управлять процессом и присваивать опыт.

Тактика

развитие способности БЫТЬ БОЛЬШЕ В КОНТАКТЕ С СОБОЙ - увеличение энергии и чувствительности: обучение навыкам расслабления, заземления, дыхания, центрирования, повышение телесного присутствия настолько, насколько это возможно;

сотрудничество в исследовании СВОБОДЫ ВЫБОРА контексте незавершенного дела - экспрессивные эксперименты - самовыражение; эксперименты с переигрыванием прошлого опыта (работа с ретрофлексией);

терапевтическое сотрудничество, диалог - отношения свободой выбора как возвращение АВТОРСТВО СОБСТВЕННОЙ ЖИЗНИ. терапевт как прилежный ученик клиента - внимательный, уважающий выбор клиента.

**Техника (методика) «ДЕБРИФИНГ» (методика направленного, организованного обсуждения с клиентом психологически травматического события)**

АЛГОРИТМ (СХЕМА) ПРОВЕДЕНИЯ «ДЕБРИФИНГА»

**1 фаза.** **ВВОДНАЯ** фаза**.**

Психолог–консультант объясняет клиенту, в каких случаях используется данная техника и насколько успешно она применяется.

**2 фаза.** Фаза **ФАКТОВ.**

Цель – создать единую когнитивную основу для последующего обсуждения травматического события. Психолог–консультант задаёт клиенту общий вопрос: «Что вы видели, в какой последовательности?».

**3 фаза.** Фаза **МЫСЛЕЙ.**

На этой фазе осуществляется переход от фактов к мыслям клиента, чувства при этом умышленно не анализируются. Психолог–консультант задаёт клиенту следующие вопросы**:** Какие были Ваши первые мысли? Что Вы думали во время той ситуации? Какие решения Вы принимали?

**4 фаза.** Фаза **ЧУВСТВ.**

Цели на данной фазе**:** **а)** помочь клиенту назвать и вычленить те переживания, которые он испытывал; **б)** «обратиться» к наиболее тяжёлой эмоции и «проработать» её.

Это самая тяжёлая фаза, так как люди начинают заново переживать событие. Консультанту надо помнить, что любое, даже самое тяжелое переживание должно быть произнесено. Психолог–консультант задаёт клиенту вопросы**:** Что Вы переживали во время события?Какое самое страшное чувство Вы испытали?

**5 фаза.** Фаза **СИМПТОМОВ.**

На этой фазе клиент с помощью психолога-консультанта детализирует свои симптомы, которые возникли в связи с тем, что произошло.

**6 фаза.** **ЗАВЕРШАЮЩАЯ** фаза.

На этой фазе обобщается всё то, что произошло с клиентом. Клиент вспоминает то, как он в целом реагировал на событие.

**7 фаза.** Фаза **РЕАДАПТАЦИИ** (повторной адаптации).

Цель данной фазы: открыть будущее клиенту, который только что разобрался со своим прошлым и настоящим. Психолог–консультант задаёт клиенту вопросы**:** Что Вы будете делать дальше? Что Вы можете реально для этого сделать?

Психолог–консультант должен убедиться в том, что все намерения клиента «по жизни» реальны (осуществимы им в его деятельности и в общении с другими людьми).

**Модель восстановления после травмы**.

Модель была разработана доктором Tricia Skuse и Jonhy Mattew во время их работы с трудными подростками. В ее основе то, что известно об особенностях работы мозга, формировавшегося в отсутствии здорового опыта привязанности, долговременных нейрофизиологических последствиях насилия, пережитого в раннем детстве, взаимосвязи общего уровня психического здоровья молодежи от культуры и общества, которые влияют на формирование сознания в подростковом возрасте. После эту модель стали использовать при работе со всеми видами травм. По ней можно планировать свои шаги и ориентироваться какую поддержку искать.

Цифры внутри треугольника – описание поведения, которое соответствует каждому шагу. Справа - потребность этого этапа. Слева - уровни вмешательства (чтобы помочь восстановлению).

1. В основании всего процесса – вера, что последствия травмы можно исправить.

2. Нестабильность/хаотичное поведение - поведенческие проблемы (агрессия, избегание, самоповреждение), беспорядочный образ жизни, использование наркотиков, алкоголя (прочие зависимости), плохой сон/несоблюдение гигиены, нарушение закона и прав других людей, плохое питание, неподобающее отношение (измены, предательства, обман и т.д.), обременение собой окружающих (поведение, вынуждающее других решать создаваемые травматиком проблемы).

Потребность: структурировать жизнь, установить и выполнять рутины

Уровень интервенции: приемы пищи и отход ко сну в одно и то же время, школа, установление четких границ.

Цель всего - создание фундамента, чтобы человек мог опираться на самого себя. Если это терапевтические группы, сначала проверяют все ли справляются с рутиной: «встать – принять душ – привести себя в порядок – заправить кровать – позавтракать – вовремя явиться на терапию». Потом все ли структурируют день. Едят обед в свой получасовой перерыв. Ложатся ли спать в одно и то же время.

3. Доверие/построение отношений – больше улыбается, построение близких отношений с 1 или 2мя взрослыми людьми, нарастает собственное желание справляться с рутинами, нарастает напряжение в отношениях с другими, конфронтация, вспышки гнева.

Потребность: Развить доверительные отношения с заслуживающими доверия, ответственными взрослыми. Потребность развивать безопасную базу.

Уровень интервенции: максимум времени 1:1 со взрослыми, четкие границы, поддерживать ежедневные рутины

Цель всего: укрепить собственное желание справляться с жизнью

4. Проработка травмы – возвращение проблемного поведения по мере проработки травмы, цепляние за терапевта/отвержение терапевта.

Потребность: репроцессинг травматического опыта, оплакивание потерь

Уровень интервенции: специализированная терапевтическая интервенция, репроцессинг травмы (на этом этапе начинается EMDR), контейнирование, совместная регуляция, помощь в отпускании потерь

Цель: «пересечение когнитивного порога» - то есть осознание человеком того, что с ним происходит, как именно травма меняет его поведение и что можно сделать, чтобы это исправить.

5. Инсайт/осознанность – успокоение, нарастает понимание причин своего поведения, более сбалансированный личный нарратив (история, которую мы рассказываем себе о себе в терминах ДНК истории)

Потребность: интеграция старого и нового «я», развитие уверенности в навыках мышления и планирования

Уровни интервенции: когнитивная терапия – например, управление гневом, эмпатия к жертвам. Гибкость и открытость мышления. Навыки поддержания «хорошей жизни» (это со мной усиленно проходят). Практики самовосстановления.

Цель этапа: позитивный внутренний нарратив (история, которую мы рассказываем себе о себе, себе о других, себе о мире – если в терминах нашего ДНК истории)

6. Планирование будущего – нарастает вера в себя, принятия своих способностей и потенциала

Потребность: поддержка планирования со стороны взрослых, чувство смысла и достижений, самостоятельное внутреннее структурирование, чтобы максимально увеличить свои шансы на успех

Уровень интервенции: помощь в постановке целей – цели – четкая структура – образовательная/тренировочная поддержка – помощь в планировании конструктивных способов проведения свободного времени – мотивационные беседы

Цель этапа: укрепить автономию.

7. Уверенность, достижение целей

Потребность: автономность и знание где взять поддержку, нарастающая самостоятельная мотивация к достижению поставленных целей.

Уровень интервенции: предоставить поддерживающую развивающую среду

Цель: сбалансированная жизнь, позитивный нарратив, ресурс достигать поставленных целей.

Люди могут перемещаться вниз-вверх по состояниям под влиянием новых стрессов и травм. Но когда у них уже есть осознанность в отношении происходящего с ними – коррекция происходит гораздо быстрее, чем при первичном обращении.



1. Демидова Т.А., Сойко В.В. Принципы работы с психической травмой в гештальт-подходе. Таврический журнал психиатрии. Т. 18, № 3 (68), 2014. С.23-29. ISSN 2413-1881
2. Трубицына Л.В. Процесс травмы. Москва: Смысл; ЧеРо, 2005. 218 с. ISBN 5-89357-211-4
3. Ворден В. Консультирование и терапия горя. Пособие для специалистов в области психического здоровья. –Москва: Центр психологического консультирования и психотерапии, 2020. 329 с. ISBN 978-5-6042941-1-6