

ОСНОВЫ РАБОТЫ С ТРАВМОЙ

Подготовил: Александр Гершанов М. Ed, терапевт КПТ

Материал подготовлен для участников тренингов «Работа с травмой и утратой. Основы супервизии».

Тренинги организованы проектом Совета Европы «Внутреннее перемещение в Украине: разработка долгосрочных решений», Мариупольским городским центром социальных служб для семьи, детей и молодежи Мариупольского городского совета и Израильской коалицией травмы.

Израильская коалиция травмы (ISRAEL TRAUMA COALITION):

<http://israeltraumacoalition.org>

Проект Совета Европы «Внутреннее перемещение в Украине: разработка долгосрочных решений»:

<https://www.coe.int/uk/web/kyiv/idps2-ukr>

Мариупольский городской центр социальных служб для семьи, детей и молодежи Мариупольского городского совета:

<https://www.facebook.com/mmcssdmmmr>

Подготовка и печать материала осуществлены при поддержке Совета Европы в рамках проекта «Внутреннее перемещение в Украине: разработка долгосрочных решений».



Взгляды, изложенные в издании, принадлежат авторам и при любых обстоятельствах не могут считаться такими, которые отражают официальную позицию Совета Европы.

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ПОНЯТИЯ «ТРАВМА» И «ТРАВМАТИЧЕСКОЕ СОБЫТИЕ»	4
ТРАВМА НА ШКАЛЕ ВРЕМЕНИ	
И СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ВИДЫ ПОМОЩИ	5
Острая стрессовая реакция	5
Основы оказания помощи в остром периоде травмы	5
Острое стрессовое расстройство	7
Посттравматическое стрессовое расстройство.....	9
МЕТОДОЛОГИЯ РАБОТЫ С ТРАВМОЙ	10
МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ПРЕОДОЛЕНИЯ BASIC PH	11
Психоэдукация и работа с моделью BASIC PH.....	12
ВОССТАНОВЛЕНИЕ НЕПРЕРЫВНОСТИ ЖИЗНИ.....	18
ОСНОВНЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ	
И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ТРАВМОЙ	20
РЕЛАКСАЦИОННЫЕ ТЕХНИКИ.....	21
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	23

ВВЕДЕНИЕ

Израильская коалиция травмы основана в 2001 году и является результатом некоммерческого партнерства неправительственных организаций, специализирующихся на подготовке к чрезвычайным ситуациям, формированию устойчивости сообществ и травмотерапии.

Работая с военными Израиля, ключевыми министерствами, муниципалитетами, общественными организациями и частным сектором, Израильская коалиция травмы (далее – ИКТ) способствует повышению стрессоустойчивости общества в Израиле, а также во всем мире.

ИКТ работает над повышением компетенций, стрессоустойчивости и улучшением доступа к услугам от первого запроса до длительной реабилитации. ИКТ создала и руководит моделью центров устойчивости в секторе Газа и других районах Израиля, которые стали отправной точкой реагирования от неотложных мер активной готовности до обучения и оказания помощи в режиме реального времени.

Используя лучшие практики, успешные модели и методы, внедренные в Израиле, ИКТ сосредоточивается на формировании компетенций, развитии сообществ и краткосрочном травмоориентированном вмешательстве во всем мире. ИКТ имеет опыт работы в Шри-Ланке, Гаити, Индии, Франции, Японии, Непале, Филиппинах, Чечне, Германии, Украине, Иордании, США и Мексике.

Свою деятельность в Украине ИКТ начала в 2014 году, когда возникла потребность в подготовке специалистов, способных использовать современные принципы работы с людьми, пережившими травматические события.

ПОНЯТИЯ «ТРАВМА» И «ТРАВМАТИЧЕСКОЕ СОБЫТИЕ»

Слово «травма» прочно вошло в ежедневное употребление. Практически любое событие, оказавшее сильное влияние на душевное состояние, называют «травматическим событием» или «травмой», что **не всегда соответствует профессиональным критериям** этого определения.

Американская классификация психических расстройств (DSM) упоминает травму как часть определения посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

Это значит, что для получения такого диагноза **специалист должен подтвердить**, что человек пережил травматическое событие.

Травматическое событие – событие, в котором человек считает, что **существует явная опасность** для его жизни, физического или психического здоровья или для жизни и здоровья близкого ему человека. **Это ощущение возникло в разгар события** (даже если позже выяснилось, что реальной опасности не было) и привело к физиологическим, поведенческим или эмоциональным реакциям.

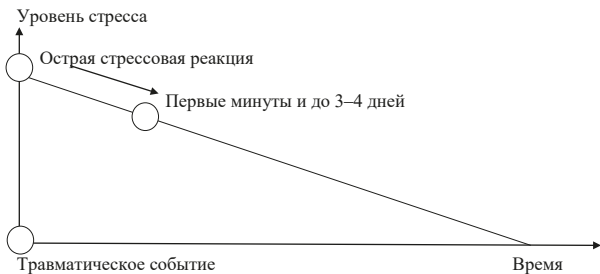
У большинства людей, переживших травматическое событие, сила симптомов снижается и симптомы уходят в течение месяца. Но **у части людей реакции**, возникшие во время травматического события, сохраняются и **способствуют развитию различного вида расстройств адаптации**.

Социально-психологическая помощь для людей, переживших травматическое событие, призвана прежде всего **снизить риск возникновения посттравматических расстройств**, а также способствовать развитию стрессоустойчивости, которая в дальнейшем поможет адаптивно преодолеть стрессогенные события.

ТРАВМА НА ШКАЛЕ ВРЕМЕНИ И СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ВИДЫ ПОМОЩИ

Острая стрессовая реакция

Острая стрессовая реакция возникает во время проживания травматического события и может продолжаться **до 3–4 дней после него** с угасанием и/или исчезновением симптомов.



Основы оказания помощи в остром периоде травмы

В остром периоде человек, переживший травматическое событие, может демонстрировать очень сильные реакции.

Первая задача специалиста – **убедиться в том, что эти реакции не приносят прямого физического ущерба** для самого человека и для его окружения.

Далее **специалист обязан убедиться** в том, что:

- у наблюдаемой реакции есть **прямая связь с травматическим событием** (эпизодом), которое произошло непосредственно перед развитием наблюдаемых симптомов;

– **отсутствует физическая травма** (телесная), требующая медицинского вмешательства.

После этого специалист вступает в коммуникацию с пострадавшим.

Основные правила коммуникации с пострадавшим в острый период:

– Помнить и понимать, что в этом периоде **человек очень внушаем** и каждое слово может вызвать реакцию как сиюминутную, так и отсроченную.

– Использовать принцип «присоединение и ведение»: если пострадавший сидит, то оказывающий помощь тоже сидит; если пострадавший находится в движении – активная психомоторная реакция, то специалист, «присоединяясь», также находится в движении, постепенно замедляя темп.

– Быть «активной силой», которая возвращает пострадавшего в ситуацию «здесь и сейчас».

– Использовать фразы-интервенции четко, коротко, уверенно. Нести послыл: «Я с Вами, Вы не один... Я могу Вам помочь».

– Обязательно представиться: «Я... имя... специалист по оказанию помощи в кризисных ситуациях... Волонтер организации... Я знаю, как оказывать помощь в подобных ситуациях».

– Сфокусировать пострадавшего прежде всего **на физических ощущениях**. Например, взять его за руку и попросить пожать вашу руку. Этим специалист способствует **возврату контроля пострадавшему** и активизирует способность к ощущению своего тела.

– Использовать технику «три «Да»» для установления более эффективного контакта: задавать последовательно три простых вопроса, на которые пострадавший с большой долей вероятности ответит «Да».

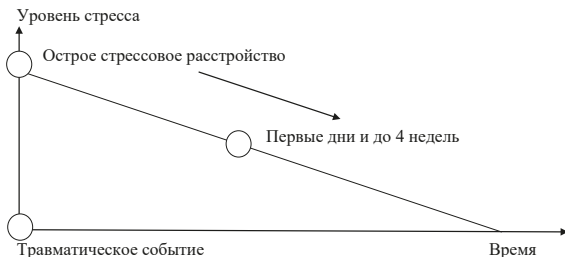
– Обратиться с вопросом, предполагающим выбор, или **просьбой, которую пострадавший в состоянии выполнить**. Например: налить в стакан воды для себя, выбрать, что он хочет пить – чай или кофе, рассказать, куда он пойдет, как только почувствует себя лучше.

– Избегать конфронтации, **поддерживать любые позитивные перемены** в поведении пострадавшего, поощряя словами и жестами.

– Сосредоточиться на **опыте пострадавшего в преодолении стрессовых ситуаций**, заканчивая первичную интервенцию. Обратиться к его опыту – как в прошлом он преодолевал стрессы, что именно помогало ему справиться.

– Предоставить пострадавшему **информацию о возможных состояниях после травматического события, контакты специалистов**, к которым он может обратиться в случае необходимости. Задействовать психоэдукацию.

Острое стрессовое расстройство



К острому стрессовому расстройству относятся:

Диссоциация – ощущение равнодушия, оторванности от действительности или недостаточная эмоциональность,

плохое понимание окружающих событий (ошеломление), чувство нереальности окружающего, чувство нереальности собственной личности.

Гипервозбуждение – чрезмерная словоохотливость и/или моторное возбуждение.

Избегание – нежелание говорить о травмирующем событии, избегание мест, связанных с событием, и т. п.

Репереживание – эмоциональное включение при упоминании о травмирующем событии, демонстрация интенсивных реакций (физических и эмоциональных), как будто событие происходит в настоящем времени.

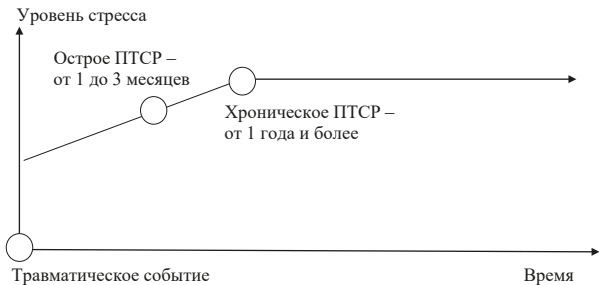
При остром стрессовом расстройстве успешно применяются **методы и инструменты когнитивно-поведенческой терапии**, например экспозиции. **Экспозиция** – это моделирование событий, которые вызывают напряжение и связаны с травматическим событием.

Например, человек пострадал от автомобильной аварии и боится снова водить машину. Экспозиции могут быть построены таким образом:

1. Сесть за руль и, не включая двигатель, выполнить релаксационные дыхательные упражнения.
2. Совершить короткую поездку по знакомому маршруту.
3. Увеличить дистанцию поездки, используя доступные ресурсы для поддержки – сопровождение близкого человека, музыка и т. п.
4. Постепенно увеличивать дистанцию поездки вплоть до возвращения на место аварии.

Если напряжение велико и человек не в состоянии приступить к экспозициям «вживую», то работа с экспозициями проводится в кабинете, применяя воображение, рисунок, лепку.

Посттравматическое стрессовое расстройство



Важно! Диагноз ПТСР устанавливает врач-психиатр. При наличии симптомов ПТСР нужно направить пострадавшего на диагностику и комплексное лечение.

На что важно обратить внимание:

- Пролонгированное действие симптомов – симптомы или не проходят вообще, или/и их интенсивность не снижается.
- Постоянно переживаемое травматическое событие – пострадавший говорит и демонстрирует эмоциональные реакции, как при проживании травматического события.
- Эмоциональное оцепенение или избегание.
- Повышенная возбудимость и чувство физического дискомфорта.
- Ночные кошмары.
- Ангедония (снижение или утрата способности получать удовольствие).

МЕТОДОЛОГИЯ РАБОТЫ С ТРАВМОЙ

75–80 % людей, переживших травматические ситуации, где была прямая угроза их целостности и жизни, впоследствии не развивают посттравматические расстройства, а демонстрируют адаптивное приспособление и преодоление последствий травматических ситуаций¹.

Аарон Антоновский – израильский профессор медицинской социологии – впервые ввел понятие **«салютогенез»**. Подход основан на душевном здоровье и обращении к ресурсам человека; он отличается от патогенного, который обращен к патологии и способам ее лечения. По теории Антоновского, человек, демонстрирующий эффективную адаптивность, обладает «чувством связанности» с действительностью (sense of coherence) – личностной чертой, отражающей склонность видеть мир **понятным, осмысленным и управляемым**².

«Понятность» мира возможна только при **вступлении в контакт с ним и получении информации о нем**.

Только во время и после контакта возможны осмысленность и управление.

Основным препятствием на пути контакта с изменившимся миром после пережитого травматического события является **ощущение разрыва непрерывности жизни** и ощущение, что «мир рухнул» и прежние стратегии поведения не работают. При этом могут быть утрачены или изменены социальные роли и функции.

Концепцию **опоры на здоровую часть психики** также подтверждает **концепция поисковой активности**.

¹ European Journal of Psychotraumatology, 2017.

² Antonovsky Aaron. Health, Stress and Coping, 1979.

«Активное поведение в условиях неопределенности (поисковое поведение) является важнейшим фактором **соматического здоровья**, предотвращает возникновение психосоматических заболеваний и **повышает устойчивость организма к стрессу**. Напротив, отказ от поиска является... предпосылкой к развитию самых разнообразных форм патологии»³.

Таким образом, **моделируя** в консультационном и терапевтическом процессе и **научая человека, пережившего травматическое событие, поисковой активности**, специалист создает условия для сохранения не только душевного, но и физического здоровья.

МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ПРЕОДОЛЕНИЯ BASIC PH

Один из ключевых компонентов в работе с травмой – **актуализация ресурсов**, позволяющих максимально эффективно включить механизмы преодоления и адаптации.

В этом случае специалисты используют мультимодальные модели, в частности модель BASIC PH (разработана израильским профессором Мули Лахадом).

Мультимодальный подход предполагает **поиск и опору на ведущие (ресурсные) модальности**, позволяет индивидуально найти наиболее **подходящий способ преодоления** и расширить поведенческий репертуар.

Ресурсные модальности в модели BASIC PH:

Belief (от англ. «вера») – философия жизни, верования и нравственные ценности.

³ Ротенберг В., Аршавский В. Поисковая активность и адаптация. М.: Наука, 1984.

Affect (аффект, эмоция) – чувства, эмоции.

Social support (социальная поддержка) – общество, функция, принадлежность, социальная организация.

Imagination (воображение) – дух творчества, воображение.

Cognition (познание) – сознание, реальность, мысль.

Physiology (физиология) – физическая, чувственная и деятельная модальность.

Психоэдукация и работа с моделью BASIC PH

Психоэдукация (от англ. psychoeducation – «психологическое просвещение», «образование», «воспитание») – необходимый этап в консультировании/психотерапии, дающий человеку **знания о путях преодоления** последствий травматического события.

Задача консультанта/терапевта в этом процессе – не просто **дать знания**: рассказать человеку о том, что с ним происходит, или о его проблеме (расстройстве, болезни, кризисе), **но и научить**, как обходиться с полученной информацией.

То есть не просто сообщить информацию, а привести в действие процессы, которые будут способствовать развитию адаптивного поведения (решению проблемы).

Консультант/терапевт:

а) рассказывает основные положения салютогенного подхода – рассматривание последствий травматических событий **с опорой на ресурсы**;

б) объясняет модель BASIC PH и способы реализации ресурсных каналов;

в) акцентирует внимание на том, что каждый ресурсный канал имеет как адаптивное, так и дезадаптивное проявление.

Например, канал РН – физический – может выражаться в «заедании стресса», в употреблении алкоголя или употреблении химических препаратов – это **дезадаптивное** проявление. В случае **адаптивного** проявления этот канал раскрывается в физической активности, уходе за телом, приготовлении пищи.

Особое внимание при работе с моделью BASIC РН уделяют сочетанию проявлений ресурсных каналов.

В – самоуверенность, ясные ценности, взгляды и верования.

ВС – негибкие и очень однозначные верования и мнения.

ВА – подверженные влияниям, верованиям и мнениям, воображаемые верования.

BS – социальные ценности.

A – аффекты всех видов.

(A-) – агрессивность по отношению к себе, общая деструктивность.

AS – социальная эмоциональность (сходство с BS) или социальная поддержка.

AI – смесь из эмоций, воображаемых персонажей, ужасных драконов, чудовищ и т.п.

AC – склонность к пониманию эмоций путем концептуализации, время от времени нейтрализация эмоций или контроль над ними с помощью интеллекта.

S – социальный тип, готовность взять на себя задачу, потребность в компании, иногда не для получения помощи,

а просто из чувства цели. Источник поддержки – социальное окружение или организации.

SC – социальная осознанность, способность решать проблемы, практичность в стрессовых условиях.

SI – социальная поддержка, получаемая от воображаемых персонажей (вроде Супермена).

(S-) – чувство отчужденности и отверженности, враждебность.

I – широта воображения как по содержанию, так и по охвату.

IC – способность к импровизации, основанной на знании фактов.

(I-) – болезненное воображение.

C – когниции, знание, организация и мысль. Деятельность в соответствии со здравым смыслом и конкретными фактами.

CPh – конкретные методы мышления, ориентированные на деятельность.

(C-) – видимые причины для деятельности при отсутствии логики, например, пойти на пляж, потому что зима. Мысли не сверяются с реальностью.

Ph – физический тип, экспрессивность и энергия: двигаться, кушать, страдать, плясать, путешествовать и т.п.

(Ph-) – психосоматические расстройства, желание совершить самоубийство.

Примечание: знак «-» означает конфликт (диссонанс) в проявлении данного ресурсного канала. Как правило, действие направлено вовнутрь – аутоагрессия, психосоматические расстройства, когнитивный диссонанс.

Таблица адаптивных/дезадаптивных стратегий преодоления стресса

Belief (Вера) B	Affects (Эмоция) A	Social support (Социальная поддержка) S	Imagination (Воображение) I	Cognition (Познание) C	Physiology (Физиология) PH
<p>Вера в свои силы, в избранный путь.</p> <p>Вера и верования – религия, обряды, амулеты, приемы. Нахождение смысла в текущих событиях</p>	<p>Эмоциональная поддержка, демонстрация чувств, эмоциональный контакт, эмпатия, выбор и просмотр фильмов и спектаклей, несущих эмоциональный заряд</p>	<p>Принадлежность к группе или организации.</p> <p>Способность обратиться за помощью и давать помощь, исполнение роли или функции, работа в группе. Семейная и групповая поддержка</p>	<p>Творческое мышление, снижение стресса с помощью воображения, релаксация (управляемое воображение, мечтания).</p> <p>Творчество – рисование, лепка, вязание, вышивка</p>	<p>Сбор информации, самообучение на основе прошлого опыта, умозаключение, изучение правил и законов общества, создание шкалы приоритетов, планирование сценариев, размышления, реалистическое планирование, программы действий</p>	<p>Релаксация, физические упражнения, игры, прогулки, труд.</p> <p>Массаж, плавание, ароматерапия, приготовление пищи</p>
<p>Позитивные проявления преодоления стресса</p>					

Продолжение таблицы

Belief (Вера) B	Affects (Эмоция) A	Social support (Социальная поддержка) S	Imagination (Воображение) I	Cognition (Познание) C	Physiology (Физиология) PH	Негативные проявления преодоления стресса
Фанатизм, отсутствие гибкости и критичной оценки реальности	Поглощение эмоциями, избыточная плаксивость, депрессивные состояния, агрессив- ность, сверхчувстви- тельность, попадание под влияние панических настроений и манипуля- ций	Полная зависи- мость от власти/ авторитетов. Общение только с похожими на себя людьми	Отрицание ситуации, убега- ние в фильмы, книги, теле- видение, фанта- зии. Склонность игнорировать факты, по- теря контакта с реальностью, представление катастрофиче- ских картин	Ригидность мышления, интеллектуализа- ция, чрезмерный интерес к фактам и новостям, игнорирование чувств	Чрезмерное употребле- ние еды (обжорство), психосомати- ческие боли, увеличение потребления медикаментов и алкоголя	

Окончание таблицы

Belief (Вера) В	Affects (Эмоция) А	Social support (Социальная поддержка) S	Imagination (Воображение) I	Cognition (Познание) С	Physiology (Физиология) PH	Ресурсы	Риски
Молитвы, ритуалы (ре- лигиозные), просмотр мо- тивационных фильмов (ве- ра в свои си- лы). Находяще- ние смыслов	Источники эмоций – кино, театр, общение с близкими людьми, выражение эмоций	Наличие и вы- полнение разнообразных социальных ролей и функций. Принадлежность к группе, сообществу	Различные виды творчества. Им- провизации, юмор, игра	Быстрая органи- зация, решение проблем, ведение записей, плани- рование, соблю- дение алгоритма, проверка вероят- ностей и альтер- натив	Физическая активность, еда, природа	Ресурсы	Риски
Дихотомиче- ское мыш- ление «свой- чужой», иден- тификация себя с опре- деленной категорией, структурой	Сверхчувстви- тельность, эмоциональ- ные всплески, отказ от разум- ных методов преодоления	Зависимость, по- теря индивиду- альности, слепое подчинение, чувство отчуж- денности, стрем- ление «победить систему»	Разочарование в действитель- ности, увлечение фантазированием, мечтание, бредо- вые идеи. Отрица- ние реальных фактов, неоправ- данный риск	Отделение интел- лекта от эмоций, навязчивый самоанализ, застревание на одной мысли	Гиперактив- ность и поиски развлечений, истощение	Ресурсы	Риски

Важно **обратить внимание пострадавшего** человека на то, что **каждый из ресурсных каналов имеет как адаптивное проявление, так и дезадаптивное.**

При **дезадаптивном** проявлении ресурсного канала страдают функционирование человека, его повседневная жизнь и коммуникации с близким кругом людей. Задача специалиста – **переориентировать поведение человека на адаптивное использование** этого ресурсного канала.

Например, использование канала «Социальная поддержка» выражается в нахождении в социальных сетях большую часть суток, при этом страдает режим сна и бодрствования и коммуникации с членами семьи.

Понимая, что для пострадавшего важен такой вид восстановления (использования именно этого ресурсного канала), специалист предложит найти доступные варианты реализации ресурса «Социальная поддержка», которые будут более адаптивными для данного случая. Например, клуб по интересам, групповая деятельность, волонтерство.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ НЕПРЕРЫВНОСТИ ЖИЗНИ

Травматическое событие, которое потребовало очень сильной, а зачастую и запредельной мобилизации ресурсов для его преодоления, способствует **появлению у пострадавшего ощущения разорванности жизни** на «до травматического события» и «после травматического события».

Восстановление ощущения непрерывности жизни очень важно для интеграции опыта преодоления в историю жизни пострадавшего.

Виды непрерывности жизни и рекомендации к их восстановлению

Вид непрерывности	Цели	Вмешательство
Когнитивная	Восстановить чувство контроля над положением вещей с помощью информации	Дать достоверную информацию, дать стимул к самостоятельному поиску информации. Ставить акцент на фактах
Функциональная	Стимулировать возможность возобновить привычную деятельность. Противодействовать чувству беспомощности	Побудить человека вернуться к его прежней роли. Если это невозможно, то помочь выбрать роль, соответствующую его способностям и настоящим возможностям
Социальная	Восстановить социальные и общинные структуры поддержки. Вернуть чувство социальной безопасности. Восстановить чувство принадлежности к социальной группе: семья, община	Побудить человека к разговору с другими людьми о пережитом, стимулировать контакты с теми близкими людьми, которые могут оказать поддержку
Эмоциональная	Нормализация испытываемых эмоций	«Нормальная реакция на ненормальную ситуацию»

ВАЖНО! Рекомендации относятся к острому периоду (от нескольких дней до месяца после травматического события).

Дальнейшая работа с восстановлением ощущения непрерывности жизни проводится в рамках социально-психологических мер, применяемых в реабилитации последствий травматического события. В такой работе используются инструменты:

1. Рисунок «Линия жизни», на котором обозначаются основные жизненные события и делается акцент на связный рассказ об этих событиях.

2. Метафорические ассоциативные карты. Техника «Рассказ по трем картам». Когда используются три карты, символизирующие «Я в прошлом», «Я сейчас» и «Я в будущем». Задание – составить связный рассказ по выбранным картам.

ОСНОВНЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ТРАВМОЙ

1. Салютогенный подход

Стимуляция активности у пострадавшего и нейтрализация чувства беспомощности – см. **Основы оказания помощи в остром периоде травмы.**

Обращение к ресурсным состояниям, поиск адаптивных способов преодоления последствий травматического события – см. **Психоэдукация и работа с моделью BASIC PH.**

2. Десенситизация

Метод основан на принципе реципрокного (**взаимосвязанного**) подавления: страх может быть подавлен, если заменяется антагонистичной активностью. *«Если в присутствии вызывающих тревогу стимулов может быть осуществлена реакция, подавляющая тревогу, то она ослабит связь между этими стимулами и реакцией тревоги»* (Дж. Вольпе, 1962).

При **систематической десенситизации** негативное поведение (тревога, напряжение) замещается позитивно окрашенной реакцией (релаксацией, спокойствием, чувством контроля над событиями и др.).

При систематической десенситизации человек, переживший травматическое событие, постепенно, но с нарастающей интенсивностью соприкасается с ситуациями, вызывающими страх, выполняя адаптивное поведение, которое несовместимо с тревогой. Человек **обучается реагировать на эти ситуации другим поведением**, а не только тревогой, страхом. В результате он становится десенситизированным по отношению к ним.

Десенситизация является основным элементом при работе с экспозициями.

Защищенное место

«Защищенное место» – техника, способствующая развитию у человека ощущения защищенности. Она является частью протоколов работы с травмой и служит проведению успешной системной десенситизации.

Техника «Защищенное место» может быть реализована посредством метафорических ассоциативных карт, рисунка, лепки или конструирования модели «Защищенного места» из подручных материалов.

РЕЛАКСАЦИОННЫЕ ТЕХНИКИ

Важно научить человека, пережившего травматическое событие, техникам релаксации и снижения тревоги. Владея ими, он возвращает себе чувство контроля, ощущение управления своими физическими реакциями.

Несколько универсальных упражнений:

Упражнение 1 «Контролируемое дыхание»

Сядьте удобно, расслабьте мышцы лица.

Сделайте полный выдох.

Сделайте вдох на счет четыре.

Задержите дыхание на счет четыре.

Сделайте полный выдох.

Важно! Упражнение начинать с полного выдоха.

Повторять не более трех раз, чтобы не вызвать гипервентиляцию и не спровоцировать головокружение.

Упражнение 2 «Бабочка»

Сядьте удобно. Закройте глаза.

Положите левую руку на правое плечо, а правую руку на левое.

Начните ритмичные поочередные похлопывания по плечам.

Во время упражнения можно включить спокойную музыку.

Время на упражнение – максимум 2 минуты.

Техника: Прогрессивная нервно-мышечная релаксация по Джекобсону.

Прогрессивная нервно-мышечная релаксация по Джекобсону основана на последовательном напряжении и расслаблении различных групп мышц. Схема выполняется по одному и тому же алгоритму:

- сначала требуется напрячь определенные мышцы;
- затем осознать, прочувствовать это напряжение;
- расслабить эти мышцы;
- обратить особое внимание на контраст между состоянием покоя и напряжением.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Работа с травмой – комплекс мер, направленных на **предотвращение развития постстрессовых расстройств, на восстановление функционирования человека**, пострадавшего от травматического события, и на **развитие его стрессоустойчивости**.

Комплекс мер при работе с травмой начинается с **первой помощи, построенной на легитимации эмоций, нормализации переживаемых пострадавшим состояний** и, самое главное, передающей посыл: *«Ты – нормальный и здоровый человек, который в этот момент переживает реакции на ситуацию, которая потребовала максимальной мобилизации личностных ресурсов»*.

При правильном применении комплекса мер первой помощи, выстраивании системы поддержки и активизации ресурсов личности большинство пострадавших не будут нуждаться в дальнейшей психотерапии.

При необходимости дальнейшей работы применяются психотерапевтические методы, ставящие перед собой **задачи не только улучшения качества жизни, но и развития стрессоустойчивости**.

Специалист фокусируется на развитии **новых поведенческих стратегий адаптации**, восстановлении ощущения непрерывности жизни и возвращении контроля над собственной жизнью. **Используются салютогенный подход, актуализация ресурсов и системная десенситизация.**

Для заметок