

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
КАФЕДРА ПСИХОТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

И.А. Байкова Е.И. Терещук О.Г. Родцевич

**Оказание психологической и
психотерапевтической помощи жертвам
насилия в системе здравоохранения**

Учебно - методическое пособие

Минск БелМАПО

2018

УДК 615.851-052:614.21:364.63(075.9)

ББК 53.57я73

Б 18

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
НМС Белорусской медицинской академии последипломного образования
протокол № 9. от 15.11. 2018.

Авторы:

Байкова И.А., зав. кафедрой психотерапии и медицинской психологии, к.м.н.,
врач высшей квалификационной категории, доцент;

Терещук Е.И., доцент кафедры психотерапии и медицинской психологии,
к.м.н., врач высшей квалификационной категории, доцент;

Родцевич О.Г., декан педиатрического факультета БелМАПО, доцент кафедры
психотерапии и медицинской психологии, к.м.н., врач высшей
квалификационной категории, доцент

Рецензенты:

кафедра психологии факультета философии и социальных наук БГУ
главный врач УЗ «Городской клинический детский психиатрический
диспансер», главный внештатный специалист по детской психиатрии Комитета
по здравоохранению Мингорисполкома В.С. Кирилук

Байкова И.А.

Б 18

Оказание психологической и психотерапевтической помощи жертвам
насилия в системе здравоохранения: учеб.-метод. пособие /И.А.
Байкова., Е.И Терещук, О.Г. Родцевич. - Минск: БелМАПО, 2018. –
80 с.

ISBN 978-985-584-288-1

В учебно-методическом пособии описаны понятия и виды гендерного и домашнего насилия; психология личности пострадавшего/ей; роль специалистов системы здравоохранения по предупреждению и коррекции последствий насилия; рекомендации для проведения клинического интервью с жертвами насилия и оформления документации; отдельно описаны виды и признаки детского насилия; подходы к лечению, как в кризисной психолого – психотерапевтической интервенции, так и особенности психотерапевтического лечения пациентов на отдаленных этапах ведения травмированных пациентов; также рассматривается эффективное межведомственное взаимодействие органов, организаций и учреждений по предупреждению и лечению последствий перенесенного насилия.

Предназначено для врачей всех специальностей, организаторов здравоохранения, педагогов, психологов и социальных работников.

УДК 615.851-052:614.21:364.63(075.9)

ББК 53.57я73

ISBN 978-985-584-288-1

© Байкова И.А., Терещук Е.И.,
Родцевич О.Г., 2018

Повседневная жизнь полна насилия. Насилие выступает синонимом разрушения, деструктивного поведения и связано с совершением действий, идущих вразрез с волей другого человека.

Совершить насилие — означает убить, уничтожить, отказать другому живому существу в праве на жизнь, на собственные взгляды, желания и интересы.

1. Основные формы насилия:

- **физическое**, заключающееся в издевательствах над человеком, причинении ему телесной боли;
- **психологическое** (встречающееся столь же часто и не менее драматичное) – оно целенаправленно метит в психологически уязвимые места жертвы с учетом всех ее личных качеств;
- **сексуальное**.

Люди с большим трудом рассказывают о насилии, даже в случае большого доверия к психотерапевту. Это связано с тем, что:

- Они не могут сломать семейные запреты на рассказ о том, что с ними произошло, так как на всей этой сфере лежит гриф "секретности".
- Им кажется, что, рассказав об этом специалисту, они совершают преступление против родственников и партнеров.
- Кроме того, в случае насилия слишком велика душевная боль, и люди боятся своего подавленного гнева. Они опасаются, что если начнут рассказывать, то гнев может подняться и они потеряют контроль над собой, над своими чувствами.
- У них всегда есть страх, что специалист или кто-либо другой, кому они рассказывают, отвергнет их, почувствовав отвращение.

1.1. Физическое насилие

Агрессия — главный инструмент насилия — органически встроена в социобиологическую жизнь индивида и общества.

На протяжении ряда эпох мужчины оказались физически сильнее, чем женщины. Этим по большому счету и объясняется склонность мужчин решать все проблемы путем применения физической силы.

Там, где физическая сила продолжает играть значительную роль, в частности, в среде рабочего класса, мужчины почти не испытывают страха

перед женщинами. Чем ниже социальный и образовательный уровень семьи, а также в семьях, где большинство конфликтов решается с применением физической силы, высока вероятность физического насилия как гендерного, так и в отношении детей.

Одна из современных теорий о (домашнем) насилии говорит, что в его основе лежит желание власти и контроля агрессора над жертвой. Насильственные действия являются не просто единичными случаями потери контроля или выражения агрессии, а складываются в модель поведения, построенную на поддержании контроля и превосходства над жертвой. Согласно данной теории, насилие является логическим результатом взаимоотношений доминирования и подчинения.

1.2. Психологическое насилие

Психологическое насилие обычно трудно определить. В отличие от физического насилия с очевидным ущербом, эти «скрытые травмы» нацелены на мысли, чувства и восприятие жертвы. В то же время психологическое насилие может повлиять на психику и чувство благополучия в той же степени, что и физическое насилие.

Жертва НЕ ОТВЕТСТВЕННА за ситуацию, в которую она попадает. Почему же ее выбирает агрессор? - ПРОСТО ПОТОМУ, ЧТО ОНА ОКАЗАЛАСЬ ПОД РУКОЙ. И потому что она мешала фактом своего существования как независимая личность. Для агрессора жертва не представляет из себя ничего особенного, это просто предмет или вещь. Она интересует агрессора только до тех пор, пока он может ее использовать. Если возможность использования исчезает, человек из жертвы ("утиля") превращается в предмет ненависти ("врага").

Контролирующий партнер может вызывать серьезные негативные изменения в вас, что может привести к деструктивным влияниям на психику:

- **Проблемы с самооценкой:** если вы были уверены в себе перед своими отношениями, вы, вероятно, внезапно почувствуете себя крайне неуверенно или же слишком самоуверенно.
- **Проблемы с доверием:** если вы чувствовали себя стабильно и доверяли себе, вы будете чувствовать нерешительность и спутанность, можете потерять доверие к своему собственному мнению.

- **Проблемы в эмоциональной сфере:** если вы были удовлетворены собой и своей жизнью, вы будете склонны чувствовать себя эмоционально истощенными и озабоченными.
- **Проблемы с работоспособностью и компетентностью:** если вы чувствовали себя компетентным и вообще хорошо себя чувствовали, вы можете почувствовать себя неуверенным и ни на что неспособными.
- Если вы были неуверенным в себе, то эти проблемы будут только усиливаться, поскольку все будет использовано против вас. Способность влиять и контролировать вашу собственную жизнь будет постепенно уменьшаться.

Все эти изменения в психике могут привести к отрицательным эмоциям, которые становятся обыденными, такими как страх, ужас, стыд и чувство вины. Кроме того, могут развиваться психические расстройства, такие как *депрессия, тревога, низкая самооценка и хроническая травматизация*. Психологическая и психотерапевтическая коррекция последствий насилия должна быть направлена на все эти аспекты психологической жизни жертвы.

1.3. Сексуальное насилие

Сексуальные злоупотребления есть проявление нарушенного функционирования семьи. В таких семьях следует отметить:

- Отсутствие привязанности членов семьи друг к другу и взаимного доверия (т.е. это семьи без любви).
- Члены семьи, как правило, редко касаются друг друга (имеется в виду дружеское прикосновение), и всякое касание всегда окрашено сексуально (дотрагиваются, только если испытывают влечение).
- Отец склонен к физическому насилию, может пить.
- У матери роль в семье пассивна. Она отсутствует в разных вариантах: или физически (уезжает в командировки, много работает и т.д.), или психологически (всегда со всем соглашаясь, т.н. "психологически пустое место", и с ней никто не считается). В этих семьях мать потеряла власть настолько, что не может воспрепятствовать инцесту. Она отрицает инцест, не замечая очевидные вещи.
- В таких семьях всегда много секретов: скрывается друг от друга, кто сколько

получил денег, кто где проводил свободное время и т.д.; всегда присутствует неосознанный страх распада семьи.

- Детям отведена роль утешителей. Они привыкли заботиться, утешать, кормить и чувствуют на себе ответственность за сохранение семьи, а поэтому согласны с тем, что родители демонстрируют свою власть.

Всегда в случае сексуального насилия ребенок расценивается как жертва, вне зависимости от реальных обстоятельств, так как ребенок не отвечает за последствия случившегося, в отличие от взрослого, который несёт всю полноту ответственности.

Информация о сексуальных злоупотреблениях чаще всего сообщается ребенком в следующих формах:

а) изменение в поведении и взаимоотношениях со взрослыми и сверстниками:

- ✓ появляется подавленность и агрессивность,
- ✓ нежелание идти спать,
- ✓ ночные страхи,
- ✓ желание спать со светом, не раздеваясь, спать вместе другими детьми,
- ✓ раннее сексуальное поведение (например, девочка поднимает платье, трогает мужские гениталии, приглашает мальчиков увидеть ее раздетой).
- ✓ дети младше 6 лет часто проявляют свои страхи более конкретно, например, реагируя на мужчин с определенной фигурой или цветом волос. Более старшие реагируют менее специфично, например общим недоверием к мужчинам, нежеланием возвращаться домой после школы, побегами из дома, соматическими проблемами, попытками суицида;

б) использование аллегорий или рассказов от третьего лица.

Это способ проверки реакции взрослого. Если, например, тот рассердится, тогда легко можно сказать: "Вы не так меня поняли", "Это было с моим другом", "Я видел это по телевизору".

Здесь уместны вопросы типа: "А как ты думаешь, можно ли помочь твоему другу?", "Как ты думаешь, мог бы он рассказать обо всем происходящем с ним маме?" и т.п.

Дошкольники обычно передают чувства более непосредственно, рассказывая о приходящих по ночам чудовищам, животных, пытавшихся их сожрать.

В этом возрасте возможное наличие сексуальных злоупотреблений очень часто проявляется в рисунках, например:

- ✓ в хроническом отсутствии отца на рисунках
- ✓ в подчеркнутой диспропорциональности фигур: огромной отца и маленькой своей
- ✓ ранней сексуализации рисунков и поведения.

Рисование для детей - не только способ сообщать о происходившем, но и способ отреагирования.

в) рассказы прямым текстом. Такой способ может свидетельствовать:

- ✓ об очень высоком доверии ко взрослому
- ✓ о совершенном отчаянии, охватившем ребенка.

В этом случае маленькие дети говорят обычно прямо, не задумываясь о последствиях. Старшие дети обычно рассказывают только часть происходящего.

Иногда маленький ребёнок (а зачастую и взрослый) может сомневаться, было ли это с ним на самом деле, или всего лишь показалось. И тогда он:

- как бы "застывает" - не может полагаться на собственное восприятие,
- не может отличить верное от неверного,
- что хорошо и что плохо,
- что есть насилие и что - любовь.

Эти болезненные воспоминания блокируются, от них отказываются, чтобы в обычной жизни жить нормально, то есть травматический опыт диссоциируется.

У лиц, переживших в детстве насилие, более велика вероятность, что в будущем он/она будут подвергаться злоупотреблениям. Причины этого:

- в недостаточной уверенности в себе
- в ориентированности на то, чтобы угодить другим
- у них будет сформировано провоцирующее поведение, так они как будто все время ожидают агрессии и нападения.
- такие люди не умеют говорить "нет".

Каждый человек имеет психологическую границу, т.е психологическую дистанцию, на которую он подпускает к себе других людей. Когда кто - то нарушает ее, мы испытываем сильнейший дискомфорт, сопоставимый с переживаниями при насилии (например, кто-то позволил себе "лезть к вам в

душу", или задавать нескромные вопросы или интересоваться вашей интимной жизнью, или использовать ваше время помимо вашей воли). Большинство людей в этой ситуации способны достаточно решительно сказать "нет" вербальным или невербальным способом, но так, чтобы партнеру стало очевидно, что он слишком далеко зашел. Люди, которые пережили насилие, не имеют этой границы.

Более подробно описание форм проявления насилия см. **ПРИЛОЖЕНИЕ 1**

2. Личностные качества человека, пережившего насилие

Некоторые авторы вводят понятие хронической травмы и хроническое посттравматическое расстройство.

Подверженность хронической агрессии является очень важным этиологическим элементом для появления расстройств личности (О. Кернберг). Речь идет

- о пограничных расстройствах личности,
- об антисоциальном расстройстве личности и других формах тяжёлых личностных расстройств.

Тремя решающими этиологическими факторами для тяжелых личностных расстройств являются (Kroll J. PTSD/Borderlines in Therapy: Finding the Balance. NY, 1993):

1. физическое истязание,
2. сексуальное насилие,
3. присутствие при совершении физического или сексуального насилия.

Отто Кернберг следующим образом описывает психопатологию воздействия постоянной или хронической агрессии у пациентов с расстройствами личности. Для них характерны:

- преобладание агрессивных интернализованных отношений с объектами. В случае тяжёлых личностных расстройств ненависть становится одним из наиболее сильных бессознательных мотивов личности, причём она

отщеплена от желания любить. Трагедия заключается в том, что пациенты, которые в раннем детстве испытали на себе воздействие хронической агрессии, склонны постоянно реагировать ненавистью. Таким образом, ненависть и зависть господствуют по отношению к другим людям, с невозможностью почувствовать и выразить любовь.

- у пациента отсутствует способность создавать целостный образ себя и наиболее значимых людей в своей жизни;
- неспособность понимать себя в своих глубинах, открывать и осуществлять всё то, чего хочешь добиться в жизни;
- такие люди не могут чувствовать других, проявлять эмпатию, находить партнёра по жизни и справляться с проблемами, встречающимися в межличностных отношениях.

Эта личность, как правило, инфантильна. Человек в этом случае не знает реальной жизни, живя в иллюзорном мире своих идеальных представлений. Он, что называется, "чист душой". Но первое же столкновение с реальностью показывает, что человек и не хочет разрушения иллюзий. Он предпочитает лишь заменить их на другие, часто противоположные, но такие же иллюзии. В мире своих фантазий жить гораздо уютнее, чем в непредсказуемой действительности.

3. Психотерапевтические стратегии в коррекции последствий перенесенного насилия.

Сфера здравоохранения играет уникальную роль в оказании помощи людям, пострадавшим от домашнего насилия, а именно в выявлении, оценке и реагировании на случаи насилия. Это происходит не только в связи с серьезными последствиями насилия для здоровья, но и потому, что для некоторых людей медучреждения являются единственным местом, куда они обращаются, и где специалисты могут понять, что они подвергаются насилию, и оказать соответствующую помощь. Помимо физического и сексуального насилия, необходимо обратить внимание и на психологическое насилие.

3.1. Роль специалистов системы здравоохранения по предупреждению насилия в семье

Роль специалиста заключается в том, чтобы помочь пациенту признать присутствие насилия в ее/его жизни, и показать, что ей/ему верят и хотят помочь. Это требует навыка **активного слушания, эмпатического ведения и поддержки**.

Элементы эффективного реагирования сферы здравоохранения на случаи домашнего насилия:

1. Проводите скрининг на предмет наличия насилия на гендерной почве.
2. Оцените степень виктимизации.
3. Проведите беседу с помощью поддерживающих утверждений, например:
 - “Я беспокоюсь о Вашем благополучии и Вашей безопасности”
 - “Вы не заслуживаете насилия”
 - “Вы не одинока”
 - “Существуют возможности и решения, которые могут помочь”
 - “Насилие – это сложная проблема; нужно время, чтобы справиться с ней. Я хотела бы Вам в этом помочь”.
4. Предоставление информации о насилии на гендерной почве.
5. Направление пострадавших в соответствующие службы защиты и поддержки.

Оказание комплексной помощи пострадавшим требует от медработников умения выявлять, оценивать и осуществлять вмешательство с учетом культурного контекста и влияния насилия на здоровье.

3.2. Конфиденциальность и обмен информацией

Специалисты, которые призваны общаться с пострадавшими от насилия на гендерной почве, находятся в деликатном положении. С одной стороны, они обязаны заботиться о здоровье пациентов, а с другой – соблюдать принцип конфиденциальности. Медицинские работники должны действовать в соответствии с их профессиональными обязанностями и личной ответственностью (Постановление Министерства здравоохранения и Министерства внутренних дел №1192).

Важно помнить, что вообще люди с большим трудом рассказывают о насилии, даже в случае большого доверия к специалисту.

Соблюдение принципа конфиденциальности и неразглашение информации:

- Неразглашение информации о насилии на гендерной почве является

жизненно важным принципом. Несоблюдение этого принципа приводит к тому, что пострадавшие от насилия не готовы сообщать о насилии. От этого зависит их физическая безопасность.

- Конфиденциальность особенно важна для терапевтов, поскольку у них могут лечиться другие члены семьи пострадавшей, включая и обидчика, который может использовать информацию для выслеживания пострадавшей от насилия или от торговли людьми.
- Однако важно понимать и объяснять женщинам, которые рассказывают о своем опыте насилия, что есть пределы конфиденциальности. Например, если есть подозрение, что есть угроза для жизни пострадавшей или ее детей.
- Следует быть особенно осторожными в ситуациях, когда случайно может быть нарушен принцип конфиденциальности.
- Медицинские работники могут предоставлять информацию только в случаях, определенных законодательством.
- Единственная причина для предоставления информации – обеспечение безопасности женщины и ее детей.
- Обычно для предоставления информации необходимо разрешение женщины.

Если пострадавшей является несовершеннолетняя в возрасте 15 лет или младше, или лицо, неспособное защититься в силу возраста, физического или психологического состояния, специалисты в большинстве стран обязаны предоставить информацию об этих лицах в соответствующие организации.

3.3. Рекомендации, которые могут быть полезны для проведения клинического врачебного интервью:

1. Начните с создания атмосферы доверия. Доверительные отношения между врачом и пациентом помогут ему раскрыться и говорить о своих отношениях с партнером. При необходимости, если пациент-иностранец, прибегните к помощи профессиональных переводчиков (не просите переводить ваши беседы друзей или членов семьи пациента).
2. Задавайте вопросы о насилии. Не ждите, что женщина заговорит об этом первая – возможно, она не хочет об этом рассказывать или боится, что ей не поверят.

3. Позаботьтесь о конфиденциальности. Безопасность пострадавшей женщины и ребенка – проблема первостепенной важности. Расспрашивайте женщину о насилии, когда вы с ней наедине. При этом ее никто не должен сопровождать – ни муж/партнер, ни сестры, ни дочери, ни друзья. Постарайтесь также убедиться в том, что путь домой будет безопасным для нее.
4. Выявите факторы риска насилия в близких отношениях. Например, особое внимание уделяйте женщинам с ограниченными возможностями или пожилым женщинам. Именно эти женщины вероятнее всего могут подвергаться насилию.
5. Обсудите возможности юридической защиты пострадавшей и ее детей. Скажите женщине, что насилие всегда является преступлением.
6. Обсудите стереотипы, связанные с насилием. Предоставьте женщине информацию о следующих аспектах: распространенность насилия в отношении женщин; женщина не виновна в совершении насилия и не несет ответственность за это; она не может прекратить насилие, изменив себя или свое поведение; ссоры и насилие – разные вещи; злоупотребление алкоголем не объясняет и не оправдывает насилие.
7. Расскажите пострадавшей о последствиях насилия. Оцените потребности пострадавшей в немедленном кризисном вмешательстве психолога или психиатра. Расскажите ей о последствиях насилия (эмоциональное выгорание, влияние на физическое здоровье). Попытайтесь мотивировать пациентку обратиться к психологу.
8. Всегда ведите документацию беседы и говорите пациентке, что именно Вы записываете. Тщательная документация является лучшим доказательством насилия. Заключение врача и других специалистов, медицинская карта, сообщения на автоответчике пострадавшей, смс-и электронные сообщения, письма, адресованные ей, а также ее дневник могут также использоваться как доказательства.
9. Расскажите пострадавшей о других службах, куда она может обратиться. Узнайте информацию о службах и организациях, оказывающих помощь пострадавшим от насилия в вашем регионе. Предоставьте женщине информацию о телефоне доверия, а также региональных и национальных организациях.

10. Никогда не оставляйте пациентку. Назначьте ей прием еще раз, если в данный момент нет возможности предоставить ей поддержку другой службы. Пострадавшая нуждается в особой поддержке для того, чтобы справиться с последствиями насилия. Если обидчик также обращается за помощью в это же учреждение, рекомендуется направить пострадавшую в другую службу. Важно, чтобы детям также была оказана помощь. Они имеют право рассказывать о своем опыте насилия наедине со специалистом, в отсутствие родителей.

3.4. Распознавание признаков насилия на гендерной почве

Существуют тревожные признаки домашнего насилия, которые чрезвычайно важно распознать во время оказания медицинской помощи.

- Названная причина травмы не соответствует ее характеру
- Женщина пытается скрыть травмы или преуменьшить их степень
- Забота партнера всегда чрезмерна
- Женщина неохотно говорит в присутствии своего партнера
- Попытки суицида — особенно это касается азиатских женщин
- Неоднократные выкидыши, прерванные беременности, мертворождения и преждевременные роды в прошлом
- Повторяющиеся проявления депрессии, тревожности, самоповреждения или психосоматические симптомы
- Несоблюдение врачебных предписаний
- Неоднократные пропуски приемов у врача
- Многочисленные раны на разных стадиях заживления
- Пациентка выглядит испуганной, чрезмерно тревожной или подавленной
- Женщина во всем подчиняется своему партнеру или боится говорить в его присутствии
- Партнер ведет себя агрессивно или властно, злословит о женщине или отказывается покинуть помещение
- Недостаточное посещение родовых женских консультаций или его отсутствие
- Раны на груди или животе
- Неоднократные заболевания инфекциями, передающиеся половым путем, или инфекциями мочевыводящих путей
- Преждевременная выписка из больницы по собственному желанию.

Ни один из вышеперечисленных симптомов не говорит о домашнем насилии сам по себе, но они должны вызвать подозрения и напомнить вам, что вы должны приложить все усилия, чтобы увидеться с женщиной наедине и спросить у нее, не подвергается ли она насилию. Даже если она предпочтет не открыться вам в этот раз, она будет знать, что вы в курсе дела, и может решить встретиться с вами позднее.

3.5. Особенности беседы с пострадавшими от насилия

Навык ведения беседы с пострадавшими от насилия является важнейшим в процессе их исцеления и планирования безопасности. В работе медработников с пострадавшими важен подход, ориентированный на пострадавших, и основанный на концепции прав человека, когда права пациента являются приоритетом. Пострадавшая от насилия имеет право:

- на уважение и достойное обращение, а не обвинение за то, что она подверглась насилию;
- на выбор пути выхода из ситуации насилия вместо чувства беспомощности;
- на соблюдение принципа конфиденциальности;
- на отсутствие дискриминационного отношения по признаку пола, возраста, национальной принадлежности, и т.п.
- на получение полной информации для принятия собственного решения.

Пострадавшие женщины часто находятся в очень настороженном эмоциональном состоянии после пережитого насилия, эпизоды которого могут переживаться вновь и вновь с новой силой. Многие женщины говорили о доброжелательном отношении к ним медперсонала как о благотворном факторе для выхода из кризиса. Поэтому следует с осторожностью подбирать слова для беседы, чтобы ни в коей мере не произошло вторичной виктимизации пациентки.

Вот некоторые рекомендации о том, как начать диалог о насилии:

- ✓ “Я собираюсь задать Вам несколько стандартных вопросов, которые задаю всем пациентам, для оценки общего состояния здоровья. Возможно, я перескакиваю с одной темы на другую, чтобы получить полную картину вашего состояния, но мы можем вернуться к тому, что важнее для вас, и

поговорить об этом”

- ✓ “Меня беспокоит Ваше состояние. Похоже, что оно связано с тем, что Вам причиняют боль. Это действительно так?”
- ✓ Попробуйте связать Ваши вопросы со словами пациентов. Например: “Вы говорили о том, что Ваш муж/партнер злоупотребляет алкоголем, переживает стресс, в гневе теряет контроль над собой. Когда это происходит, бывает, что он поднимает на Вас руку или угрожает побоями?”
- ✓ “У многих пациенток проблемы со здоровьем связаны с тем, что они не ладят с мужем. Вы знаете кого-нибудь с подобной проблемой? А с Вами случалось такое? А сейчас в Вашей семье есть эта проблема?”
- ✓ “Иногда те, кто нам дорог, причиняют нам боль. Это произошло и с Вами?”
- ✓ “Вы боитесь своего мужа? Если это так, какие его поступки вызывают страх?”

3.6. Основные рекомендации для взаимодействия с пострадавшими от насилия:

1. Первый шаг – наладить контакт и создать атмосферу доверия.
2. Покажите, что Вы неравнодушны к проблеме пациентки, что Вы поддерживаете ее и не осуждаете.
3. Реагируйте спокойно на рассказ о насилии; проявление удивления или шока лишь усугубит ощущение изоляции пострадавшей и ее убежденность в том, что только с ней такое могло произойти.
4. Поддерживающие вопросы – например: “Мне жаль, что это произошло с Вами”, или “Вам многое пришлось пережить” помогают пострадавшей рассказывать о происшедшем.
5. Не задавайте обвиняющих вопросов – например: “Почему Вы продолжаете жить с ним?”; “Почему вы просто не уйдете от него?”; “Вы ссорились до того, как муж начал бить Вас?”
6. Говорите о том, что насилие со стороны мужа является преступлением; не обвиняйте женщину.
7. Реагируйте на отношение пострадавшей к насилию (“Я слишком болтлива” или “Он такой только после того, как выпьет”) и подчеркните, что за свое поведение должен отвечать именно обидчик.
8. Предоставьте информацию о насилии (о цикле насилия и динамике).
9. Обсудите с женщиной ее ресурсы и возможности.

10. Подумайте вместе, в какие службы ей лучше обратиться.

11. Дайте пострадавшей понять, что она может к Вам обращаться и в дальнейшем.

Если пациентка отрицает наличие насилия в ее отношениях с мужем/партнером:

- Не настаивайте и не оказывайте на нее давление.
- Скажите ей, почему Вы подумали о насилии в ее семье.
- Скажите, что она может прийти к Вам, если ей потребуется помощь в такой ситуации.
- Не останавливайтесь на этом и вернитесь к этой теме позднее.
- Расскажите о Ваших сомнениях коллегам.
- Запишите Ваши наблюдения.

3.7. Документирование случаев домашнего насилия

- ✓ Используйте схему тела или рисунки для фиксации телесных повреждений. Фотографии используйте, предварительно получив разрешение для этого.
- ✓ Фиксируйте в документе детали случая насилия: кто прибегал к насилию, поведение обидчика, влияние на здоровье пострадавшей (телесные повреждения и другие проблемы со здоровьем), злоупотребление алкоголем или наркотиками со стороны обидчика, использование им оружия.
- ✓ При фиксации телесных повреждений специалист должен указать тип повреждения - кровоподтек на коже, ссадина, кровотечение, царапина, рана, ожог, перелом.
- ✓ Как можно точнее укажите локализацию кровоподтеков, а также их размер, форму и цвет.
- ✓ Цитируйте слова пациентки, используйте описательный язык; избегайте лишних медицинских фактов.
- ✓ Зафиксируйте возможности выхода из ситуации, которые обсуждались с пострадавшей, в какие службы она была направлена, что было сделано для последующего сопровождения.

4. Основные методы и технологии психотерапевтической работы с жертвами семейного насилия

Необходимо выделить два направления психотерапевтической работы:

1. Экстренная психологическая помощь (ЭПП)
2. Психолого-психотерапевтическая помощь лицам, пережившим психотравмирующие события на отдаленных этапах работы с травмой.

Необходимо клинически оценить состояние пострадавшего от насилия. В зависимости от этого планировать тактику лечения и оказания помощи. Важно отметить, что психологические последствия перенесенного насилия нозологически не специфичны.

Опыт показывает, что потерпевшие, получившие немедленную помощь и консультацию, восстанавливаются более устойчиво и им реже необходим долгосрочный уход.

Основные шаги психотерапевтического вмешательства:

1. Эмпатическое и клиническое интервью.
2. Выявление психического, невротического или поведенческого расстройства (если оно имеется).

Это может быть как реактивный психоз (полиморфное психотическое расстройство, аффективное расстройство, шизоаффективное расстройство), так и различные невротические расстройства: острая реакция на стресс, различные расстройства адаптации, тревожные и депрессивные расстройства, конверсионные расстройства и др.

3. При острых состояниях, выраженной тревоге, депрессии и психотических состояниях необходимо назначение фармакотерапии согласно Протоколам лечения психических и поведенческих расстройств.

4. Эмпатическое психологическое сопровождение и психотерапия.

Психотерапевтическая работа может осуществляться как групповой, так и в индивидуальной форме.

4.1 Экстренная психологическая помощь (ЭПП)

Основной вид экстренной психологической помощи (ЭПП) – психологическое сопровождение. Оценка состояния и психологическое воздействие ведется в следующих направлениях:

- Когнитивная сфера, разум (информирование, разъяснение, убеждение). Когнитивный компонент кризисного состояния включает представление о собственной ненужности, несостоятельности, бесцельности и мучительности дальнейшей жизни, вывод о невозможности разрешить кризис из-за отсутствия времени или возможностей.
- Эмоциональная сфера, чувства (эмоциональная поддержка, принятие чувств, внушение). Как правило, у кризисных пациентов наблюдается повышенная аффективная напряженность; они переживают эмоциональную изоляцию, обиду, тоску, тревогу, чувство безысходности и отчаяния. В ряде случаев отмечаются апатия, ощущение бессилия, стремление к покою и уединению.
- Поведенческая сфера (направление, ведение, управление). Поведенческий компонент, кроме различных форм суицидального поведения, может включать высокую активность по разрешению кризисной ситуации, бегство в алкоголизацию и наркотизацию, агрессию и правонарушения, а также пассивность и бездеятельность.

Задача психологического сопровождения – интегрировать травматический опыт в единый опыт. Поэтому работа с пациентами, перенесшими травматическое событие, в остром кризисном состоянии требует большой мягкости и корректности. Это не «вмешательство», а «сопровождение». Травма должна «прожиться». При этом нужно снять остроту симптомов: страхов, нарушений сна. Но травме «дается быть в сознании», иначе один симптом трансформируется в другой, уходит страх, но через некоторое время появляются психосоматические нарушения.

Основная цель ЭПП – вернуть человека в психологическое состояние, которое было до воздействия травматического события, восстановить его функциональный уровень.

Общие задачи кризисной психолого-психотерапевтической помощи в первый месяц после травматической ситуации:

1. Информационная и эмоциональная поддержка;
2. Отреагирование, «контейнирование» чувств и переживаний пострадавшего;

3. «Нормализация» внешнего выражения эмоций (говорить о том, что страхи, агрессия, раздражительность – естественны в этой ситуации, это нормальная реакция на ненормальную ситуацию);
4. Восстановление разрушенного представления о защищенности «Я», безопасности мира;
5. Налаживание коммуникаций в межличностной сфере, оценка риска и профилактика развития суицидальных тенденций;
6. Профилактика продолжительных тревожно - депрессивных реакций.

4.1.1. Методы кризисной психолого-психотерапевтической помощи:

- Экстренная помощь по телефону доверия
- Очное индивидуальное консультирование.
- Групповые методы психотерапии и реабилитации

Суть кризисной интервенции заключается не в том, чтобы решить проблему, а в том, чтобы сделать возможной работу над проблемой.

L. Rappoport (1962) выделяет следующие цели кризисной терапии:

- ✓ снятие симптомов;
- ✓ восстановление докризисного уровня функционирования;
- ✓ осознание тех событий, которые приводят к состоянию дисбаланса;
- ✓ выявление внутренних ресурсов клиента, его семьи и различных форм помощи извне для преодоления кризиса;
- ✓ осознание связи между стрессом и прежними жизненными переживаниями и проблемами;
- ✓ освоение новых моделей восприятия, мыслей и чувств. Развитие новых адаптивных реакций и стратегий совладания со стрессом, которые могут быть полезны не только в период данного кризиса, но и в будущем.

Индивидуальная помощь является основой для других форм кризисной терапии и включает ряд этапов, которые в практике могут частично перекрываться: установление контакта, оценка, формулирование, договор, планирование, вмешательство и окончание.

Эдвин Шнейдман (2001) перечисляет следующие приемы индивидуальной терапии:

- установить отношения доверия и взаимопонимания;

- идентифицировать проблему и фокусироваться на ней;
- избегать всего того, что может помешать терапевтическому контакту;
- быть внимательным к эмоциональным запросам клиента, поощрять его и подкреплять его открытость;
- осознавать фрустрированные потребности пациента;
- воздерживаться от оценки его системы ценностей;
- выражать несогласие с решением пациента;
- разъяснять свою терапевтическую позицию и побуждать пациента к анализу ситуации;
- исследовать и интерпретировать попытки пациента справиться с проблемой;
- отслеживать и подчеркивать его потенциальные возможности по выходу из кризиса;
- организовать практическую помощь пациенту, направленную на удовлетворение фрустрированных потребностей, являющихся для него жизненно важными;
- проявлять бдительность к возможному усилению суицидального риска, своевременно его оценивать;
- принимать оценку своих терапевтических усилий пациентом;
- получать обратную связь и поддержку от коллег.

4.2 Общая схема кризисной интервенции

Этап 1. Установление контакта

Важным моментом в правильной организации отношений является знакомство с пациентом. С первых минут консультант стремится установить психологический контакт, означающий обоюдное принятие доверия, уважения и симпатии. Контакт со специалистом обеспечивает безопасную атмосферу, в которой пострадавший от насилия может обратиться к своему болезненному опыту, без страха быть непонятым или услышать осуждение в свой адрес. Контакт устанавливается на эмоциональном уровне и состоит, прежде всего, из следующих действий консультанта:

- Идентификация чувств пациента;
- Признания его права чувствовать именно так;
- Подтверждения пациенту, что его чувства поняты и принимаются.

Представьте себя обратившемуся и объясните, как вы связаны со службой помощи в кризисных ситуациях. Разъясните свою роль и задачи. Расскажите о той помощи, которую вы можете оказать пострадавшему.

Стадия установления контакта может занять время от нескольких минут до нескольких встреч и, соответственно, идти параллельно со следующими этапами работы. Как правило, пациенты испытывают напряжение и беспокойство перед первой встречей со специалистом. Показателями установления контакта является физическое и эмоциональное раскрепощение человека, его готовность рассказывать о себе, делиться переживаниями. Терпеливое и доброжелательное отношение специалиста, его готовность задавать наводящие вопросы, умение снять скованность и принять сильные переживания потерпевшего являются залогом эффективной коммуникации. Устанавливая контакт, можно отметить, что «трудно начать говорить с незнакомым человеком...».

Этап 2. Сбор информации (активное слушание)

Побудите пострадавшего говорить с вами о случившемся. Предоставьте возможность высказаться не прерывая, поощряя к рассказу: «О чем бы Вы хотели рассказать? С чего бы хотели начать?», «Когда это случилось?». Направляя разговор: «Продолжайте...», «А что было дальше?», «Расскажите об этом.»

- Исследуйте актуальное состояние проблемы и связанных с ней чувств;
- Определите, какое событие или переживание стало причиной острого кризиса.
- Выясните, как долго имеет место проблема. Каковы условия, в которых она созревала.
- Признайте тяжесть происшедшего. Будьте терпеливы, дайте время для ответов на ваши вопросы.
- Помогите пострадавшему выразить чувства, возникшие в связи с насилием: «Что Вы сейчас чувствуете?». Объясните, что многие из жертв насилия испытывают подобные чувства и подвержены сходным реакциям. Консультант высказывает сочувственное разделение страха, тревоги, горя, обиды и т.д.
- Оцените степень суицидального риска.

- Выясните представления пострадавшего о травматическом влиянии насилия.
- Узнайте, что она думает о своих действиях до и во время насилия. Объясните, что многие из жертв насилия имеют неверное представление о мере своей ответственности за случившееся, на самом деле пережившая насилие не может быть виновата в том, что оказалась жертвой. Ответственность за насилие лежит только на обидчике.
- Верьте тому, что говорит жертва.

Этап 3. Формулирование проблемы

Действия консультанта на этом этапе сводятся к следующему:

- Суммирование полученной информации; формулирование проблемы в таком виде, с которым пациент будет согласен;
- В ряде случаев – переформулирование проблемы, чтобы пациент мог учесть большее число ее аспектов; если проблема слишком велика – разделить ее на более мелкие составляющие; отделить от актуальных проблем в прошлом.

Помогите пострадавшему определить отдельные переживания и установить приоритеты, то есть отметить то, что его больше всего беспокоит и чем нужно заняться в первую очередь.

Этап 4. Исследование возможностей

- Побудите пациента к вербальному оформлению планов, высказыванию возможных вариантов выхода из кризисной ситуации. Последовательно обсуждаются все возможные варианты поведения человека на ближайшие дни: «Что Вы будете делать через час, сегодня вечером?» и т.п. Очень полезно составить конкретный план действий на период до встречи со специалистом («антикризисный план»), но, если этого не получится, не следует форсировать события, принуждая человека сделать больше, чем он может в данный момент.
- Выясните, были ли раньше аналогичные ситуации. Узнайте, что раньше помогало в аналогичной ситуации.
- Выясните, принимал ли человек какие-либо шаги для выхода из кризисной ситуации до обращения к вам и что из этого вышло: «Что Вам удалось сделать для улучшения ситуации (своего состояния)?». Подобные вопросы отражают уверенность консультанта в том, что человек может

восстановить контроль над событиями и найти выход из кризиса. Это помогает также переосмыслить происшедшее.

- Соберите информацию о том, случалось ли подобное с кем-нибудь из знакомых пациента, и что они делали в таких ситуациях.
- Совместно с пациентом обдумайте пути выхода из сложившейся ситуации. Если от консультанта требуют совета или единственно верного решения, передайте ответственность пациенту. Можно обратиться к нему с вопросом, например: «Что бы Вы хотели сделать?» или «Если бы Вы могли что-то сделать, что бы Вы предприняли?», «Какой у Вас выбор?».

На этапе исследования возможностей избегайте приступать к решению проблемы и оставайтесь в рамках прояснения текущих событий. Пока человек находится в состоянии острого кризиса, его решения могут быть нереалистичными. А чаще всего «тоннельное мышление», сопровождающее кризисное состояние, вообще не позволяет видеть выход из создавшегося положения.

Этап 5. Альтернативы и решения

Вместе составьте план действий по решению важнейших проблем, вызванных насилием. Для каждой из тем обсуждений предложите возможные альтернативные решения: «Какие возможны варианты/альтернативы?». Совместно обсудите негативные и позитивные последствия намеченных действий: «Что произойдет, если...?», «Что может произойти в самом худшем случае?», «Какой из вариантов кажется Вам наиболее приемлемым?».

Укрепите появившееся у человека ощущение, что он контролирует ситуацию и свою жизнь, подчеркивая, что это он принимает решения и будет их реализовывать, как считает нужным: «Только Вы можете решать, как это будет». Если пациент высказывает нереалистические цели – докажите нереалистичность ее целей и стимулируйте отказаться от них. Остановите стремление пострадавшего контролировать события, которые он не может контролировать (например, поступки других людей, развитие ситуации, которая зависит не от него).

Оцените способность пострадавших справиться с последствиями насилия. Узнайте, кто из их близких или друзей может оказать поддержку. Подготовьте жертву насилия к возможным реакциям на травму.

Информируйте жертву о ее правах, но не принуждайте ими пользоваться, например, не заставляйте обращаться в милицию. Это решение человек должен принять сам. Помните, что только он/она знают все подробности своей жизни.

Этап 6. Контракт

Только после того, как эмоциональное состояние человека постепенно стабилизируется, возможен переход от эмоционального и хаотического описания ситуации и таких же хаотических попыток найти выход из тупика к рациональному осмыслению. Если проблема достаточно сложная, то между всеми предыдущими этапами и последовательной выработкой решения необходим «мостик». Консультанту необходимо:

1. Еще раз кратко изложить содержание кризисной ситуации, четко отделяя в изложении факты, чувства, мысли клиента по поводу переживаемой ситуации и его фантазии (то есть ничем не подтвержденные домыслы, догадки, предположения). Такая структура сама по себе приносит пациенту облегчение и ощущение некоторого порядка в его рухнувшем мире;
2. Еще раз четко и коротко сформулировать, что именно беспокоит пациента в переживаемой ситуации;
3. Точно обозначить предстоящую задачу (например, «Теперь нам предстоит выход из сложившейся ситуации, определить, что вам для этого необходимо и каким способом этого достичь»).

Этап 7. Заключительный этап

Задача этапа – подвести к окончанию разговора. Какова бы ни была проблема обратившегося, слишком долгое общение не рекомендуется, так как устают и пациент, и консультант. Диалог перестает носить конструктивный характер: появляются признаки «жвачки» - повторение одного и того же по нескольку раз без всякого продвижения вперед, то есть отсутствует динамика процесса. Длительность кризисного диалога не должна превышать полутора часов, а лучше, если он ограничится одним часом. Завершать диалог рекомендуется, когда вы почувствуете, что закончен целый смысловой блок.

Уровень минимального давления на пациента, или «следование за пациентом», предполагает создание условий для исповеди пациента. Эта цель достигается с помощью таких приемов, как «молчание», «связывание», техник «активного слушания» (повторение последних слов собеседника,

перефразирование, уточняющие вопросы, резюмирование, вербализация эмоционального состояния), «отражение чувств» и т.д.

4.3. Групповая кризисная терапия (ГКТ)

имеет ряд преимуществ по сравнению с индивидуальной. Группа дает возможность пациенту преодолеть ожидания, центрированные на психотерапевте. Попытки повысить самооценку кризисного индивида с помощью индивидуальных бесед, как правило, оказываются мало эффективными, так как доводы психотерапевта нередко воспринимаются как обусловленные выполнением им своего профессионального долга. Высказывания же «товарищей по несчастью», эмоционально окрашенные и подкрепленные отношениями взаимопомощи, оказываются более действенными. Группа отражает неосознаваемые пациентом негативные особенности общения, не всегда проявляемые им в индивидуальном общении с психотерапевтом, обеспечивает конфронтацию неприемлемому поведению. Наконец, группа предоставляет пациенту возможность оказывать помощь другим участникам, пациент при этом переживает чувство компетентности и нужности, крайне полезное для преодоления кризиса.

В качестве показаний для проведения ГКТ выделяют следующие:

- выраженная потребность в психологической поддержке и практической помощи, установлении высокозначимых отношений взамен утраченных, необходимость создания терапевтической и жизненной оптимистической перспективы, разработки и опробования новых способов адаптации;
- наличие суицидальных тенденций или высокая вероятность их возобновления при ухудшении кризисной ситуации;
- готовность обсуждать свои проблемы в группе, рассматривать и воспринимать мнение участников группы с целью терапевтической перестройки, необходимой для разрешения кризиса и профилактики его рецидива в будущем.

Некоторые пациенты смотрят на свое участие в группе лишь как на возможность на время отвлечься от психотравмирующей ситуации, «восстановить силы», чтобы затем продолжать попытки прежними, уже показавшими свою неэффективность способами. Подобные нереалистические

установки часто становятся темой группового обсуждения при включении в группу новых участников.

Неотложность кризисных проблем, охваченность ими позволяют максимально интенсифицировать психотерапевтические воздействия. Групповые занятия проводятся до пяти раз в неделю и длятся 1,5-2 часа. В кризисной группе сплочение участников развивается в ходе взаимной поддержки и используется для разрешения их кризисных ситуаций. В открытой кризисной группе легче осуществляется когнитивная перестройка путем взаимного обогащения жизненным опытом, обмена различными способами адаптации. Проблемная ориентация ГКТ требует фокусирования занятия на кризисной ситуации, поэтому позиция психотерапевта в известной мере является директивной.

ГКТ осуществляется поэтапно в отношении каждого участника группы: кризисная поддержка, кризисное вмешательство, тренинг навыков адаптации. В то же время в ходе одного занятия в зависимости от состояния пациентов обычно используются методы, соответствующие различным этапам кризисной терапии.

На этапе кризисной поддержки важное значение придается эмоциональному включению пациента в группу, что обеспечивает ему эмпатическую поддержку членов группы, способствует редукции у него чувства безнадежности и отчаяния, а также представления об уникальности и непереносимости собственных страданий. В результате существенно облегчается отреагирование указанных переживаний, что приводит к снижению аффективной напряженности.

Этап кризисного вмешательства посвящен поиску оптимального способа разрешения травматической ситуации. Следует отметить, что благодаря обмену жизненным опытом, происходящему между членами группы, репертуар навыков адаптации пациентов при ГКТ обогащается. В группе пациент лучше принимает советы партнеров и, поддержанный ими, смелее пробует новые способы адаптации. В процессе обсуждений достигается распознавание пациентом у себя неадаптивной установки, препятствующей использованию им необходимых способов разрешения ситуации. Одной из наиболее частых тем, обсуждающихся в кризисной группе, является установка на сохранение «во что

бы то ни стало» семейных или любовных отношений, ставших психотравмирующими или даже суицидогенными.

Этап тренинга навыков адаптации начинается после того, как пациент принял определенное решение об изменении своей позиции и у него возникает потребность в расширении своих адаптационных возможностей. На данном этапе осуществляется опробование и закрепление новых способов решения проблемы и коррекция ряда установок, таких, как потребность в чрезвычайно тесных эмоциональных взаимоотношениях, преобладание любовных отношений в системе ценностей, недостаточная роль профессиональной сферы, низкая способность к компенсации в ситуациях фрустрации и т. д.

Основными методами терапии на данном этапе являются коммуникативный тренинг с использованием проблемных дискуссий, ролевой тренинг, психодрама. Проигрывание роли значимого другого помогает пациенту лучше понять мотивы поведения партнера и, исходя из этого, строить с ним отношения.

Е.М. Черепанова (1995) описывает процедуру **дебрифинга** — группового обсуждения, нацеленного на минимизацию психических страданий. При этом применяются: расспрос, эмпатическое выслушивание, эмоциональное отреагирование, информирование, когнитивное структурирование, в результате чего у пострадавшего возникает чувство контроля происходящих событий.

Дебрифинг является формой краткосрочной психологической скорой помощи, он позволяет решать следующие задачи:

- проработка впечатлений, реакций и чувств;
- помощь в когнитивной организации переживаемого опыта путем понимания как событий, так и реакций;
- уменьшение индивидуального и группового напряжения;
- уменьшение чувства уникальности и патологичности собственных реакций. То есть нормализация состояния путем обсуждения чувств и реальной возможности поделиться друг с другом своими переживаниями;
- мобилизация внутренних и внешних групповых ресурсов, усиление групповой поддержки, солидарности и понимания;
- подготовка к переживанию тех симптомов или реакций, которые могут возникнуть;

- определение средств дальнейшей помощи в случае необходимости.

При проведении дебрифинга выделяют три задачи (проработку чувств участников и измерение интенсивности стресса; детальное обсуждение симптомов, обеспечение чувства защищенности и поддержка, мобилизация ресурсов; обеспечение информацией и формирование планов на будущее) и семь фаз.

1. Вводная фаза. Ведущий представляет себя, свою команду, обозначает цели и задачи работы, определяет правила дебрифинга.
2. Фаза контакта. Каждый человек кратко описывает то, что с ним произошло. Причем ведущий поощряет уточняющие вопросы членов группы, которые помогают восстановить объективную картину происшедшего.
3. Фаза мыслей. Дебрифинг фокусируется на процессах принятия решений и мышления. Обсуждаются мысли, приходившие в голову во время события. Часто эти мысли кажутся неуместными, причудливыми, отражающими чувство страха.
4. Фаза разочарования. Исследуются чувства, поэтому фаза эта наиболее длительная. Ведущему важно помочь людям рассказать о переживаниях, так как обсуждение их в группе может вызвать дополнительную поддержку, чувство общности и естественности реакций.
5. Фаза симптомов. Обсуждаются реакции (эмоциональные, физические, когнитивные), которые люди пережили, спустя какое-то время.
6. Завершающая фаза. Ведущий обобщает реакции участников, пытается нормализовать состояние группы.
7. Фаза адаптации. Обсуждается и планируется будущее, намечаются стратегии преодоления. Создается внутригрупповой психологический контекст, рассматриваются дальнейшие способы поддержки друг друга. Обсуждаются возможность и необходимость обращения к профессиональной помощи.

4.4 Телефон доверия

Телефон доверия рассматривается как самостоятельный вид психологической помощи. Одновременно это дает возможность пострадавшим от насилия получать необходимую информацию и помощь, находясь на значительном расстоянии от специалиста. Таким образом, сфера деятельности

специалиста расширилась далеко за рамки его кабинета. Потерпевший может практически мгновенно соединиться с телефонным консультантом, что является очень важным в случае небезопасных ситуаций, в которых находятся жертвы насилия. Пространственные и временные особенности телефона как средства коммуникации делают помощь наиболее доступным видом помощи. Контакт по телефону обеспечивает максимальную анонимность, что для многих пострадавших от насилия является существенным при первом обращении за помощью. Общение по телефону осуществляется по единственному (акустическому) каналу обмена информацией. При общении по телефону усиливается вербализация переживаемой ситуации, вербализация эмоционального состояния, планов, намерений. Такое улучшение вербализации способствует эффективному эмоциональному отреагированию, уменьшает чувство тревоги. Оно также способствует интеллектуальному овладению своей ситуацией пострадавшим от насилия, облегчает формирование ее реалистического принятия и перехода к конструктивной личностной позиции.

Непосредственная работа с позвонившим включает в себя проведение кризисной интервенции, кризисной психотерапии, выслушивание, оказание психологической поддержки, психотерапию абонентов с посттравматическим синдромом (Амбрумова, Полеев, 1986, 1988).

Психологическая помощь достигается за счёт снятия эмоционального напряжения, активизации внутренних ресурсов человека, разрешения внутреннего конфликта. Правовая помощь состоит в донесении до обратившегося его юридических прав.

5. Методы психолого-психотерапевтической помощи лицам, пережившим психотравмирующие события на отдаленных этапах работы с травмой

Психопатологические последствия перенесенного насилия нозологически не специфичны.

Основные шаги психотерапевтического вмешательства:

1. Эмпатическое и клиническое интервью
2. Выявление психического, невротического или поведенческого расстройства

В концепции Judith Hermann и Bessel van der Kolk (1989) все расстройства, вызванные перенесенной травмой или насилием очень хорошо

выражены в короткой фразе: “Bad fears” – то есть, злые страхи – причём каждой букве из этой фразы соответственно соотносится одна из десяти «мук» (van der Kolk, 1996): пограничное (Bordeline) расстройство личности; аффективное расстройство; тяжёлая депрессия; диссоциативный синдром, включающий в себя множественную личность; flash-backs; тяжёлые расстройства, связанные с едой; антисоциальные расстройства личности; хроническая готовность принимать на себя роль жертвы (Readiness to make sacrifices); соматизация; хроническая суицидальность.

3. При острых состояниях, выраженной агрессии, тревоге, депрессии и психотических состояниях необходимо назначение фармакотерапии согласно Протоколам лечения психических и поведенческих расстройств.

4. Психотерапия.

Для эффективности психологического сопровождения и психотерапии жертв насилия необходимо соблюдать определенные организационные и психологические условия, включающие в себя организацию пространства и времени работы группы или индивидуальной работы. Помещение для таких занятий должно быть звукоизолированным и достаточно просторным для выполнения предусмотренных техник. Встречи организуются с периодичностью не реже одного раза в неделю.

5.1 Особенности реагирования и психотерапевтические подходы при некоторых психических расстройствах

Реакция на тяжелый стресс. В течение первого часа после начала воздействия стрессора развивается состояние, для которого характерны: отход от ожидаемого социального взаимодействия, сужение внимания, очевидная дезориентировка, гнев или вербальная агрессия, отчаяние или безнадежность, неадекватная или бессмысленная гиперактивность, неконтролируемая и чрезмерная грусть. В это время возникают три феномена:

1) субъективное чувство сужения времени, когда все воспринимается как происходящее «здесь и сейчас», а прошлого и будущего нет;

2) представление об отсутствии ресурсов для выхода из ситуации и

3) переживание угрозы на уровне смыслов ценностей.

При смягчении или удалении стресса симптомы ослабевают не ранее, чем через 8 часов, а при сохранении стресса — не ранее, чем через 48 часов.

Воспоминания об этом периоде не сохраняются, так как наступает диссоциативная амнезия. Острая реакция на стресс длится от 2 до 60 дней. Жертвы изнасилования и разбойных нападений долго не отваживаются выходить из дому без сопровождения. Могут быть последствия в виде злоупотребления алкоголем и другими психоактивными веществами, а также суицидных попыток.

Психотерапия. Для того чтобы человек вышел из пассивной роли жертвы, необходимо восстановить у него чувство собственной значимости, контроля над ситуацией. Задачей терапии является поддержка, проработка травмирующего материала, переоценка кризисной ситуации, изменение мировосприятия, повышение самооценки, выработка реалистической перспективы, активной жизненной позиции. Важно вернуть клиенту чувство компетентности за счет воспоминания о преодоленных трудных ситуациях и проектирования будущего, в котором можно использовать удачный прошлый опыт.

F. Lasogga, V. Gasch (1997) разработали следующие рекомендации по оказанию неотложной кризисной помощи в ситуации интенсивного стресса.

Правила для психологов:

1. Прежде чем приступать к помощи, определите, кто из пострадавших в чем нуждается. Уделите этому 30 секунд при одном пострадавшем, около пяти минут — при нескольких пострадавших. Будьте готовы к среднему уровню возбуждения у пострадавшего (это нормально).
2. Узнайте имена нуждающихся в помощи. Точно скажите, кто вы и какие функции выполняете. Скажите пострадавшим, что помощь скоро придет, что вы об этом позаботились.
3. Займите положение на том же уровне, что пострадавший, возьмите его за руку или похлопайте по плечу. Не поворачивайтесь к пострадавшему спиной, не обвиняйте его.
4. Расскажите пострадавшему, какая помощь будет ему оказана. Сразу скажите ему, что вы ожидаете от своей помощи и как скоро можно ожидать успеха. Расскажите о своей квалификации и опыте, чтобы пострадавший убедился в вашей компетентности.
5. Дайте пострадавшему сильное поручение, чтобы он мог убедиться в способности самоконтроля.

6. Дайте пострадавшему высказаться. Будьте внимательны к его чувствам и мыслям, пересказывайте позитивное.
7. При расставании найдите себе замену и проинструктируйте этого человека о том, что нужно делать с пострадавшим.
8. Привлеките людей из ближайшего окружения пострадавшего для оказания ему помощи. Инструктируйте их и давайте простые поручения. Избегайте любых слов, которые могут вызвать у кого-либо чувство вины.
9. Постарайтесь оградить пострадавшего от излишнего внимания и рас-спросов. Давайте любопытным конкретные задания.
10. Снимайте возникшее у вас в процессе работы напряжение с помощью релаксации и профессиональной супервизии.

Посттравматическое стрессовое расстройство. Внешние и внутренние раздражители, которые напоминают или символизируют какой-либо аспект травмирующего события, могут вызвать сильную психологическую и физиологическую реакцию. Характерны попытки избегать воспоминаний о травме, мест и людей, связанных с ней, невозможность произвольно вспомнить важные аспекты травмы.

Наблюдается повышенная чувствительность и возбудимость, проявляющаяся в следующих симптомах (не менее двух): повышенная настороженность и бдительность, усиленная реакция на испуг, напряженность, раздражительность или вспыльчивость, повышение уровня бодрствования, затрудненное засыпание или тревожный сон, повышенная утомляемость, снижаются интересы, сосредоточение и продуктивность, появляется ориентация на прошлое, нарушается чувство времени.

В течение года после стрессового воздействия в ситуации, напоминающей стрессовую или связанную с ней, навязчиво возникают чрезвычайно живые стойкие воспоминания (flash-backs — англ.) пережитого, которые находят свое отражение в повторяющихся сновидениях. В состоянии опьянения и при пробуждении возможны диссоциативные эпизоды с переживанием деперсонализации-дереализации. Наблюдаются также обманы восприятия, чувства, мысли и действия, отражающие содержание травмы.

Пациенты испытывают чувства страха, беспомощности, горя, унижения, вины, стыда, злобы. Типичной защитой является общее притупление чувств

–эмоциональная анестезия, чувство отдаленности от других людей, представление о кратковременности будущего с отсутствием длительной жизненной перспективы, потеря удовольствия от прежних увлечений. Подавление эмоций приводит к их эпизодической разрядке в виде грубых, brutальных аффективных проявлений. Наступает отчуждение от близких, ухудшаются взаимоотношения, легко возникают зависимость от психоактивных веществ (ПАВ) и суицидальные тенденции.

Основные стадии посттравматической терапии:

- Нормализация реакции людей на катастрофу (людей информируют о симптоматике и течении стрессовых реакций, тем самым дается разрешение иметь «нормальные» для такой ситуации симптомы; это ослабляет тревогу и связанные с ней симптомы).
- Поощрение выражения тревоги, гнева и других отрицательных эмоций (людям дают выговориться, отреагировать и разделить переживания с товарищами по несчастью; в результате уменьшается аффективное напряжение, структурируются и лучше контролируются эмоции, активизируется целенаправленная деятельность).
- Обучение навыкам самопомощи — в первую очередь умению справляться со стрессом.
- Обеспечение помощи (людей направляют к другим специалистам для получения специальной и долговременной помощи).

А.Л. Пушкарев с соавт. (2000) выделяют в посттравматической психотерапии три этапа:

1) установление доверительного безопасного контакта, дающего право на «получение доступа» к тщательно охраняемому травматическому материалу;

2) терапия, центрированная на психотравме, с исследованием травматического материала, работа с избеганием, отрешенностью и отчужденностью;

3) стадия, помогающая человеку отделиться от травмы и воссоединиться с семьей, друзьями, обществом.

При работе с жертвами сексуального насилия Салли Брукер (Родина, 2001) выделяет следующие стадии:

1. Решение вылечиться — в этой стадии необходимо создать безопасное эмоциональное пространство, определить состояние психического и соматического здоровья пациента.

2. Стадия кризиса — оживляя пережитое, пациент переживает сильную боль и нуждается в максимальной поддержке. Полезно предупредить пациента: «Правда вас освободит, но сначала сделает совершенно несчастным». Следует выявить и проработать тему самоубийства.

3. Вспоминание — важно, чтобы клиент вспоминал столько, сколько может выдержать.

4. Вера — клиент нуждается в том, чтобы поверить себе и своим воспоминаниям.

5. Нарушение молчания — клиенту не хочется вновь переживать тяжелые чувства, он стыдится консультанта, боится испугать его. Можно ободрить его словами: «Чем больше вы рассказываете о пережитом, тем меньше негативной энергии остается, вам становится легче».

6. Снятие с себя вины за случившееся — человек может винить себя в том, что недостаточно активно защищался, или в том, что в момент насилия испытал приятные ощущения. Необходимо помочь клиенту снять с себя ответственность за случившееся.

7. Поддержка «внутреннего ребенка» — контакт с «раненым внутренним ребенком» устанавливается с помощью рисования, двигательных игр в группе и т. п.

8. Возвращение доверия к себе — определяются и восстанавливаются личностные границы клиента, которые были нарушены насилием; восстанавливается самооценка.

9. Оплакивание того, что было утрачено в момент насилия: детства, семьи (в случае incesta), девственности, доверия к людям, чувства безопасности и т. д.

10. Гнев — в это время освобождается долго сдерживаемая злость.

11. Вскрытие и конфронтация — гнев направляется на насильника с помощью составления послания или разыгрывания психодрамы.

12. Прощение — имеется в виду прощение себя, а не насильника; смысл прощения — отпустить насильника от себя.

13. Разрешение и движение дальше — это момент, когда человек чувствует, что ему удалось включиться в жизнь.

Психогенная депрессия. Депрессия развивается в ситуации утраты жизненно важной для личности ценности. Психогенные депрессии вызываются выраженными психотравмирующими ситуациями, которые отражаются в содержании депрессии и определяют психологические переживания больного. Редукция болезненной симптоматики происходит по мере разрешения психической травмы или ее преодоления. Психогенная депрессия проявляется тоской, тревогой, двигательной заторможенностью, беспокойством, снижением самооценки, негативной оценкой прошлого, настоящего и будущего, вегетативными расстройствами.

Депрессивный эпизод включает:

- 1) отчетливо сниженное до не свойственного в преморбиде уровня настроение, отмечающееся большую часть дня и мало зависящее от внешних обстоятельств;
- 2) потеря интереса и удовлетворения от ранее обычно приятной активности;
- 3) снижение побуждений, энергетика или повышенная утомляемость;
- 4) потеря уверенности в себе или чувства собственной ценности;
- 5) необоснованные упреки в собственный адрес или выраженное, неадекватное чувство вины;
- 6) повторяющиеся мысли о смерти или самоубийстве, суицидное поведение;
- 7) мрачное и пессимистическое видение будущего;
- 8) субъективно воспринимаемое или объективно устанавливаемое снижение сосредоточения, неуверенность или нерешительность;
- 9) субъективные или объективные нарушения психомоторики (заторможенность или ажитация);
- 10) любого рода нарушения сна;
- 11) потеря аппетита или его повышение с соответствующим нарастанием веса.

Психотерапия. Психоаналитическая терапия. Е. Jacobson (1971) указывает на необходимость эмпатической связи между аналитиком и депрессивным клиентом, которому нужны относительно частые и продолжительные встречи в зависимости от его настроения, теплое отношение

и уважение — установки, которые не следует путать с чрезмерными добротой, симпатией, успокоением. Терапия ориентирована на формирование у больного адекватной самооценки и понимания собственных подсознательных конфликтов и мотиваций, которые могут вызывать и поддерживать депрессию.

М. Кляйн указывает, что в терапевтическом плане важно различать, страдает пациент от депрессивной вины или от персекуторной тревоги. При этом следует учитывать, что персекуторный аспект часто выходит первый план как экран и защита против лежащих глубже депрессии и вины. Большое значение придается анализу негативного переноса. «Если аналитик склонен подкреплять позитивный перенос, он избегает того, чтобы играть в психике пациента роль «плохой» фигуры и интроецируется преимущественно как «хороший» объект. ...И только в процессе анализа как негативного, так и позитивного переноса, в результате которого аналитик выступает попеременно то в роли хорошего, то в роли плохого объекта, любимой или ненавидимой фигуры, то вызывая восторг пациента, то рождая в нем страх, пациенту удастся проработать, а, следовательно, и модифицировать ранние стадии тревог; уменьшается расщепление между плохими и хорошими фигурами, они становятся более синтезированными, то е агрессия смягчается благодаря либидо. Иначе говоря, тревога преследования и депрессивная тревога, можно сказать, ослабляются в самом своем основании» (Кляйн, 2001).

М.М. Решетников (2003) основной задачей терапии считает доведение до сознания пациента личностного смысла и глубинного содержания депрессии, после чего пациент переходит от самообвинений к обвинению значимого другого. При этом терапевт должен принять мощные чувства любви и ненависти, которые пациент тут же перенесет на терапевта. М.М. Решетников выделяет следующие стадии терапии:

- 1) вытеснение интроецированного объекта из Суперэго и восстановление собственного Суперэго пациента при поддержке Суперэго терапевта;
- 2) ослабление садистически-мазохистической установки и позиции;
- 3) медленная интеграция и укрепление собственного Эго и своей идентичности;

4) восстановление более объективной оценки себя и объекта, а также способности полюбить других и себя при одновременной редукции чувства вины и проецировании его вовне (в том числе — на терапевта);

5) переадресация агрессии на объект (и временно — на терапевта), отреагирование негативного аффекта в терапии и оплакивание его;

6) «реинтроекция» объекта любви, «сепарация» от него и постепенный отказ от нарциссической идентификации с ним, открывающие I возможность для проработки;

7) некоторое повышение общей энергичности личности;

8) формирование дифференцированной и адекватной оценки себя и объекта;

9) редукция конфликта с нереалистичным Эго-идеалом и ожиданиями;

10) обретение новых объектов любви и привязанностей.

Межличностная терапия Дж. Клермана и М. Вейсмана (Klermann, Weissman, Rounsaville, 1984) — кратковременный (12-16 недель) курс лечения депрессий. Эта методика была разработана для больных с непсихотическими депрессивными расстройствами. Является психотерапией, направленной на улучшение общения и оценки окружающего, разъяснение особенностей эмоциональных состояний и облегчение межличностных контактов. Акцент переносится с интрапсихических конфликтов на осознание конфликтов с ближайшим окружением и разрешение их.

Первая стадия: диагностика, выявление особенностей межличностного конфликта, определение формата терапии. Пациента информируют о клинике депрессий, их происхождении, течении и прогнозе. Вместе с пациентом выясняют, какая из четырех основных межличностных тем (печаль, межличностные конфликты, изменение социальной роли и межличностные дефициты) связана с началом депрессивного расстройства. Обсуждают план лечения, выделяя значение перестройки межличностных отношений; при необходимости подбирают антидепрессанты.

Вторая стадия: преодоление депрессивного состояния, разрешение межличностных конфликтов, приспособление к изменению социальных ролей значимых других и коммуникативный тренинг. Психотерапевт активно руководит пациентом, поддерживает в решении конкретных проблем.

Для гармонизации межличностных отношений с окружающими предпринимаются следующие шаги:

- 1) построение вместе с пациентом лучшей модели взаимодействия;
- 2) разработка новых стратегий решения актуальных коммуникативных проблем;
- 3) выработка умения преодолевать стрессовые ситуации в межличностном общении;
- 4) перестройка устаревших стереотипов взаимоотношений со значимыми другими;
- 5) активный отказ от привычных схем общения в пользу более эффективных;
- 6) закрепление нового стиля общения в различных ситуациях.

Третья стадия: диагностика конфликта и улучшение взаимоотношений в следующих сферах: коммуникация, половая жизнь, регулировка границ интимности и откровенности, проблемы власти в семье и достижение социально значимых ролей. Изменение социальных ролей партнеров по общению требует и от пациента смены своей роли.

Когнитивная терапия депрессий — краткосрочный курс, рассчитан обычно на 20-25 сессий в течение около 12 недель. Когнитивная терапия связывает развитие психических симптомов и синдромов с привычными ошибками мышления (познания). Терапия основана на выявлении и коррекции хронических искажений мышления и неадаптивных установок, входящих когнитивную депрессивную триаду по А. Беку (негативный взгляд на мир, будущее, на себя). Главными задачами при этом становится осознание правил неверной обработки информации и замена их на правильные.

А. Бек описывает следующие методы:

- Катарсис. Пациента побуждают к аффективной вербализации своего состояния и эмоциональному отреагированию.
- Идентификация. Перевод аутоагрессии в гетероагрессию. Порицание других вместо самокритики позволяет «выпустить» гнев, что дает ощущение силы и власти.
- Разыгрывание ролей. Терапевт жестко критикует пациента, используя его манеру самокритики. Пациент осознает перегибы собственной критики.
- Три колонки. В 1-й пациент описывает ситуацию, во 2-й — возникшие в ней неадаптивные мысли, в 3-й — их сознательную коррекцию. Таким

образом он исследует свои неадаптивные мысли, которыми реагирует на ситуацию или провоцирует ее, а также лучше формулирует и систематизирует адаптивные мысли.

- Реатрибуция (атрибуция — причинное объяснение поведения). Пациент, обвиняющий во всем себя, ищет другое объяснение события, перебирая все его возможные причины. Благодаря этому восстанавливается адекватное тестирование реальности и восстанавливается самооценка.
- Переопределение. Например, «никто не уделяет мне внимания» переформулируется как «я нуждаюсь в чьей-то заботе». Пациент более точно и открыто определяет свою проблему.

5.2 Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), направленная на лечение последствий насилия у детей

За последние несколько десятилетий усилилось понимание того, что жестокое обращение, неудовлетворение нужд индивидуума и домашнее насилие связаны между собой. Кроме того, виновные в домашнем насилии, которые переживали насилие в детстве, в большей степени будут причинять физический вред своим детям и членам семьи.

Обычно воздействие домашнего насилия на детей разделяется на три основные категории:

1. Он слышит, что происходит насилие;
2. Он непосредственно втянут в это событие как свидетель, он вмешивается в него или используется в процессе насильственных действий (напр., используется в качестве живого щита против виновника);
3. Переживает последствия акта насилия.

Компоненты КПТ:

- Психологическое образование и родительские навыки.
- Обучение релаксации
- Аффективная модуляция.
- Когнитивная психофизиологическая адаптация.
- Рассказ о травме и когнитивная обработка.
- Десенсибилизация в естественных условиях.
- Совместные сеансы детей и родителей.
- Обеспечение будущей безопасности и развития.

Часть терапии фокусируется на ребенке, часть – на родителях, часть – совместные сеансы. Сеансы для родителей обычно проводятся параллельно с сеансами для детей (30 мин. с родителями, 30 мин. с ребенком, после этого – совместно, всего – 90 мин.).

Общие правила:

- один и тот же врач как для ребенка, так и для родителей;
- проводить беседу индивидуально как с родителями, так и с ребенком до совместной части сеанса;
- проводить совместный сеанс после того, как родители и ребенок будут к этому подготовлены (узнайте, что родители знают о травматическом событии).

Перед началом лечения:

- убедиться, что ребенок находится в безопасном окружении;
- стабилизировать кризисную ситуацию (активные мысли о суициде или убийстве, активный психоз, состояние острой паники, активное злоупотребление алкоголем или наркотиками);
- оценить необходимость госпитализации с целью стабилизации состояния;
- отложить лечение, пока ситуация не стабилизируется.

Релаксация

Техники нервно-мышечной релаксации используются в тех ситуациях, когда человек ощущает чрезмерное физическое или эмоциональное напряжение. Этот метод включает в себя серию упражнений по произвольному напряжению и расслаблению основных мышечных групп тела. Характерной чертой каждого упражнения является чередование сильного мышечного напряжения и следующего за ним расслабления. Противопоказаниями для выполнения отдельных упражнений по расслаблению являются патологии соответствующих органов, болезни костно-мышечной системы.

С целью снятия психоэмоционального напряжения и самостоятельного освоения приемов саморегуляции, можно выполнять упражнения аутогенной тренировки. Она дает возможность овладеть эмоциями, развивает волю, внимание, формирует привычку к самонаблюдению и самоотчету, повышает устойчивость и лабильность высшей нервной деятельности:

5.3 Игровая психотерапия, включая аффективную модуляцию и использование метафор, историй, сказок.

Аффективная модуляция. Включает обучение точно определять и выражать разнообразные чувства. Используются различные игры:

- ✓ «Эмоциональное бинго» - называем чувства;
- ✓ «мозговой штурм» на тему чувств – пациент называет одно чувство, вы – другое;
- ✓ раскраски – «Раскрась мою жизнь или личность», раскрасить тело – где чувствует себя счастливым, где - грустно.
- ✓ рисование, лепка и др.

Важно не задавать прямых вопросов о чувствах, пережитых во время травмы; заканчивать на позитивной ноте. Разделяем сеанс на рабочую часть и на игры: «Сначала мы над чем-то поработаем, а потом у тебя будет возможность выбрать, чем мы еще позанимаемся».

Когнитивная обработка. Помогаем ребенку и родителям: помнить о когнитивной триаде - связи между мыслями, чувствами и поведением и то, как они соотносятся с каждодневными событиями; различать мысли, чувства и поведение; рассматривать события наиболее точным и целесообразным способом. Поощряем родителей в их стремлении оказывать помощь детям в когнитивной обработке ситуаций, огорчающих ребенка.

Причины, по которым следует прямо обсуждать травматические происшествия:

- ✓ чтобы обрести власть над воспоминаниями о травме,
- ✓ устранить симптомы избегания,
- ✓ скорректировать искаженные когниции,
- ✓ смоделировать процесс психофизиологической адаптации,
- ✓ установить пути и подготовить к напоминаниям о травме/потере, увязать травматический опыт с контекстом реальной жизни.

Создание рассказа о травме. Необходимо дать разумное объяснение рассказу; объяснить пациенту, почему это важно: «Со многими людьми происходят плохие вещи, и это важно - рассказать».

- Можете предложить эту идею в процессе чтения книге о подростке, который рассказал о своей травме и его самочувствие улучшилось.
- Определите, как им хотелось бы рассказать свою историю о полученной травме (книга, стихотворение, рассказ, песня, рисунок, видео,

аудиозапись, набор на компьютере, ток-шоу). Если ребенок не может решить, как это сделать, то можно воспользоваться специальной литературой, книгами, в которых рассказывается об аналогичных событиях, произошедшем с ребенком (смерть близкого, развод родителей, сексуальное использование и др.).

- Ориентируемся на чувства ребенка. Если он не хочет, к следующей главе не приступаем.
- Все эти материалы никому не отдаем (в том числе - в суд), оставляем в кабинете - ребенок потом сам решает, что с этим делать.
- Некоторым на весь рассказ нужен один сеанс, некоторым – год, обычно на рассказ о травме уходит 3-6 сеансов.
- Первая глава: безобидная информация о ребенке (имя, возраст, школа, хобби и т.д.).
- Вторая глава «До» (к примеру, каковы были отношения с человеком до того, как была получена травма или какой была жизнь до травмы).
- Третья глава: поддержите ребенка в его попытках рассказать о том, что случилось, и как он получил травму. Описать свои чувства. Как это произошло, как открылось, почему не рассказывал.
- Если травма была получена неоднократно, позвольте ребенку выбрать тот эпизод, о котором он хочет рассказать (к примеру, первый, последний или наиболее запомнившийся). Обычно дети переходят от первого к последнему эпизоду.
- Включите информацию об обнаружении травмы, юридических процедурах, медицинском осмотре, перемещении из дома и т.д.
- При первом рассказе позвольте ребенку рассказать о случившемся, не перебивая и задавая минимум вопросов.
- Просим родителей и ребенка ничего не рассказывать о отдельных сеансах, потому что будут совместные сеансы. Спрашиваем у ребенка, какими частями своего рассказа он готов поделиться с родителями, если не готов – не рассказываем. Первый раз говорим об этом только с родителями, без ребенка.
- Заключительная глава («хорошая»): Чему Вы научились? Что бы Вы сказали другим детям, кто пережил то же самое? Что бы Вы им посоветовали (можно подсказать)? Насколько Вы изменились сейчас с

того времени, когда это случилось/когда Вы начали лечение? Можно задавать наводящие вопросы, подсказывать (спать стал лучше, с родителями отношения лучше).

Обретение власти над напоминанием о травме в естественных условиях:

- Устранить типичную реакцию избегания. Постепенно помочь подростку привыкнуть к пугающей ситуации.
- Идентифицировать пугающую ситуацию.
- Спроектировать план десенсибилизации в естественных условиях.
- Хвалить и поощрять работу в естественных условиях.
- Врач должен точно знать, поможет это или нет.

Когда **НЕ проводить** совместные сеансы:

- Родители не способны оказать должную поддержку.
- Ребенок решительно возражает (необходимо оценить, насколько обоснованы его возражения).

Совершенствование навыков безопасности

- Обычно работа над этим ведется во время совместных сеансов, но можно заниматься этим и индивидуально.
- Необходимо разработать план безопасности, который бы отражал специфику обстоятельств и возможностей конкретного ребенка и его семьи.
- Необходимо отрабатывать эти навыки не только во время лечебных сеансов, но и за их пределами.
- Необходимо включить образовательный материал о здоровой сексуальности.
- Для тех, кто подвергался насилию в семье, физическому насилию или жестокому обращению, необходимо включить образовательные материалы о буллинге (запугивании), разрешении конфликтов и т.д.

5.4 Психотерапия эмоциональных травм с помощью движения глаз

Психотерапевтическая техника Десенсибилизации и переработки (травм) движениями глаз (ДПДГ), предложена американским психотерапевтом Ф.Шапиро в 1987 году.

В основу метода положен естественный процесс следящих движений глаз, активизирующих внутренний механизм переработки травматических воспоминаний. Когда человек испытывает психологическую травму, он утрачивает способность оптимального функционирования, а информация, полученная в момент события, включающая образы, звуки, аффекты и физические ощущения, сохраняется в нервной системе в искаженном виде. Первоначальный материал, который накопился в травматической ситуации, может активизироваться под воздействием различных внешних и внутренних раздражителей и проявляться в виде ночных кошмаров, тягостных воспоминаний и навязчивых мыслей (симптомов посттравматического стрессового расстройства).

Цель психотерапии с помощью ДПДГ: переработать психотравмирующую информацию и освободить пациента от неадекватного чувства вины и отвращения к себе.

Во время процедуры ДПДГ мы устанавливаем связь между сознанием и участком мозга, в котором хранится информация о травме. Движения глаз, либо другие альтернативные раздражители, активируют информационно-перерабатывающую систему и восстанавливают ее равновесие, что проявляется изменением образов, аффекта и самопредставления, связанных с травматическим событием. Говоря метафорически, мы можем рассматривать механизм переработки как процесс своего рода «переваривания», или «метаболизма», информации, чтобы она могла быть использована для исцеления и улучшения качества жизни человека.

Показания:

1. Травмирующие воспоминания и сопровождающие их симптомы:
 - навязчивые мысли (тревожные руминации), тягостные воспоминания и представления;
 - приступы тревоги;
 - ночные кошмары и сновидения;
 - аффективные галлюцинации, касающиеся травматической ситуации.
2. Посттравматическое стрессовое расстройство.

3. Тревожное расстройство.
4. Панические атаки.
5. Реакция горя
6. Обсессивно-компульсивное расстройство.

Техника безопасности:

1. При наличии выраженного эмоционального беспокойства, хронической боли, риска суицида необходимо сочетать ДПДГ с техниками: «Безопасное место», «Световой поток», релаксация, гипнотерапия с седативными внушениями.
2. Неврологические нарушения (поражения головного мозга, эпилепсия) являются противопоказанием для проведения ДПДГ.
3. Проблемы со зрением (боль в глазах при проведении процедуры, контактные линзы) требуют использования альтернативных стимулов десенсибилизации (постукивания по ладоням, повторяющиеся звуковые раздражители).
4. Требуется учитывать временную связь с судебным разбирательством, так как:
 - после ДПДГ может быть утрачена возможность получить яркую визуальную картину события;
 - пациент может утратить возможность эмоционально излагать событие.
5. Не забывать о рентных установках, вторичной выгоде имеющегося нарушения.
6. Нужно помнить о том, что, когда затрагивается травматическое воспоминание, пациент не только визуализирует происходившее, но и может заново переживать состояние аффекта, физических ощущений, испытанных в момент травмы.

Каждый сеанс ДПДГ включает в себя: работу с отрицательным и положительным самопредставлением, соматическими проявлениями, проблемами самоконтроля и самоуважения.

При проведении техники ДПДГ должен быть достаточный запас времени для работы, и нужно быть готовым к тому, что в начале работы состояние пациента может даже ухудшиться, а улучшение наступит лишь на последующих сеансах.

Поскольку в технике ДПДГ делается упор на самоисцеление, любые преждевременные попытки психотерапевта активно вмешаться в процесс могут лишь замедлить или даже вообще приостановить переработку информации.

Основные шаги ДПДГ

Объяснение ДПДГ. Врач-психотерапевт рассказывает пациенту о сущности ДПДГ, исходя из его возраста, образовательного уровня и интеллекта: "Когда происходит травма, она оказывается заблокированной в нервной системе вместе с картиной события, звуками, мыслями и чувствами. Это как ранка, которая болит и не хочет заживать. Она болит и напоминает о себе снова и снова. Движения глаз, которые мы с Вами будем использовать при ДПДГ, приведут к разблокированию нервной системы, что позволит мозгу перерабатывать травматический опыт. В начале нашей работы будет больно вспоминать прошлое, но Вы сами удивитесь как от сеанса к сеансу будет меняться Ваше отношение к травматическим событиям прошлого. У Вас появится шанс и на себя взглянуть по-другому...".

Сигнал "стоп": "Если Вы захотите остановить процесс терапии, просто поднимите руку".

Установление необходимой дистанции: "Является ли такое расстояние от моей руки до Вашего лица и скорость движения глаз удобными для Вас?"

Предъявленная проблема: "С каким из воспоминаний Вы хотели бы поработать сегодня?"

Образ (картина события): "Какая картина представляет наиболее неприятную часть травматического события?"

Психотерапевт может предложить пациенту думать о травматическом событии и затем сосредоточиться на образе, представляющем либо весь инцидент, либо наиболее травмирующую его часть. Цель состоит в том, чтобы установить связь между сознанием и той областью мозга, в которой хранится травматическая информация.

Отрицательное самопредставление: "Какие слова более всего соответствуют картине события и выражают Ваше представление о себе?"

Пациенту предлагается дать себе отрицательную оценку, связанную с образом травматического события (негативную самооценку, которую жертва травматического события дает себе в настоящее время). Тем, кому трудно подобрать для себя отрицательное представление, можно дать подсказки.

Положительное самопредставление: "Когда Вы вызываете картину травматического события, какие представления о себе Вам хотелось бы иметь?" Это определение желаемого положительного образа себя и оценка его по семибалльной шкале соответствия представлений. Желаемые, но нереальные, положительные самопредставления не могут быть включены в систему убеждений пациента. Одним из признаков такой ситуации является начальная оценка по шкале самопредставления в 1 балл.

Цель установления положительного самопредставления состоит в том, чтобы дать пациенту способность утвердить чувство собственного достоинства и уравновешенности вне зависимости от воздействия внешних сил. Мы вводим положительное самопредставление в память, содержащую в себе травматический материал, т.е. даем возможность влиять положительному представлению на травматические события в прошлом и усиливать и поддерживать пациента в настоящем и будущем.

Положительное самопредставление в процессе терапии может меняться на более подходящее или более полезное для пациента. При формировании положительного самопредставления избегайте использования частицы «не», т.к. она мешает созданию полностью положительной характеристики. Фраза «Я сильный» обладает явно большим терапевтическим эффектом, чем фраза «Я не бессилен».

Соответствие представления (только для положительного самопредставления): "Когда Вы думаете об этой картине, насколько подходящим Вам кажется положительное самопредставление — в баллах от 1 до 7, где 1 — полностью не соответствует, а 7 — полностью соответствует?"

Эмоции и создаваемый ими уровень беспокойства:—"Какие чувства Вы испытываете, когда вспоминаете о травматическом событии?" Чтобы пациент смог выразить испытываемые им эмоции, ему предлагается удерживать в уме картину воспоминания и отрицательное самопредставление, а также оценивать то, что он чувствует, по шкале субъективных единиц беспокойства (гнев, тревогу, страх, беспокойство, чувство вины и т.д.).

Шкала субъективных единиц беспокойства: "Насколько сильно Вас сейчас это беспокоит — в баллах от 0 до 10, где 0 — полное отсутствие беспокойства, а 10 — наиболее сильное беспокойство, которое Вы могли бы представить?"

Локализация ощущений в теле:—"Где в теле Вы ощущаете это беспокойство?"

Физические ощущения могут быть связаны с эмоциональным напряжением, проявляющимся, например, в напряжении мышц шеи или учащении сердечного ритма, дыхания.

Сеанс ДПДГ нельзя считать завершенным до тех пор, пока все физические ощущения, вызываемые мыслями, связанными с травмой, не будут соответствующим образом переработаны. Тогда при сканировании тела, совершаемом пациентом в конце психотерапии, не должно проявляться остаточных напряжений или нетипичных физических ощущений.

Движения глаз. Существует несколько различных видов движений глаз, используемых при ДПДГ – терапии. Задача психотерапевта состоит в том, чтобы определить тип движений глаз, более всего соответствующий потребностям данного пациента. Боль в глазах, беспокойство, возникающие во время процедуры указывают на то, что требуется более тщательный подбор движений глаз или других стимулов.

Амплитуда движений пальцев терапевта должна соответствовать движению глаз пациента от одного края визуального поля до другого. Такие полные двусторонние движения следует выполнять с максимально возможной скоростью, но избегая при этом появления чувства дискомфорта. Можно использовать два или больше пальцев как точку фокусировки взгляда пациента, примерно на расстоянии 35 – 50 см от его лица.

Пробное движение и вопрос: «Комфортно ли Вы себя чувствуете?». Если ответ отрицательный, то переопределяем оптимальное расстояние или меняем направление движений. Движения могут быть: горизонтальные, вертикальные, диагональные, круговые, в виде восьмерки. Вертикальные движения оказывают успокаивающее действие и могут быть особенно полезными для снижения эмоционального беспокойства или чувства тошноты (при головокружениях). Схожим действием обладают круговые и восьмеркообразные движения.

В ходе ДПДГ пациенту предлагается следить глазами, не поворачивая головы, за пальцем терапевта, совершающим 24-36 быстрых движений из стороны в сторону. Пациент одновременно визуализирует травматическое событие и повторяет про себя связанные с событием иррациональные убеждения или негативные самооценки.

Инсталляция положительного самопредставления (связывает желаемое положительное самопредставление с первоначальным воспоминанием или образом):

1. "Остаются ли уместными слова (повторяет положительное самопредставление) или Вы чувствуете, что более подходящим является другое положительное высказывание?"
2. "Думайте о первоначальном травматическом событии и об этих словах (повторяет положительное самопредставление). Насколько подходящими Вам кажутся сейчас эти слова, от 1 — полностью не соответствуют, до 7 — полностью соответствуют?"
3. "Удерживайте вместе картину события и положительное представление". Проводим серию движений глаз. "А теперь насколько соответствует, в баллах от 1 до 7?"

Степень соответствия представления нужно измерять после каждой серии движений глаз до тех пор, пока она не перестанет увеличиваться. Затем переходите к сканированию тела.

Сканирование тела: "Закрой глаза, сосредоточься на травматическом событии и на положительном самопредставлении, а затем мысленно просканируй свое тело и сообщи мне обо всем, что Вы почувствовали". Если пациент сообщает о чувстве дискомфорта, перерабатывайте его очередной серией движения глаз до тех пор, пока дискомфорт не снизится.

Завершение (обсуждение переживаний): "Переработка, которую мы сделали сегодня, может продолжаться и после психотерапевтического сеанса. Вы можешь отмечать (а можете и не отмечать) появление новых мыслей, воспоминаний или сновидений. Если нечто подобное будет возникать, запишите это в свой дневник. Мы поработаем над этим материалом в следующий раз. Если будет необходимо, звоните мне...»

Клиника психических расстройств, их прогноз, особенности лечения и кризисного сопровождения зависят не только от характера и массивности травмы, но и от преморбидных особенностей личности, особенностей защитных психологических механизмов, характерных именно для этой личности, социального окружения.

Кризисное состояние предполагает у пострадавших наличие антивитаальных переживаний, суицидальных намерений, поэтому выявление

суицидального риска у переживающих кризисное состояние и коррекция суицидальных проявлений является чрезвычайно важной задачей кризисной психотерапии.

Индивидуальная психотерапевтическая работа с жертвами насилия может сочетаться с групповой работой, которая в настоящее время признана как наиболее эффективная форма реабилитации и профилактики насилия и виктимогенности пострадавших от домашнего насилия.

5.5 Гуманистически-экзистенциальная психотерапия

Экзистенциально-гуманистический подход наилучшим образом зарекомендовал в решении проблем жизни, которые стоят за частными и обыденными проблемами. Это проблемы жизни и смерти, проблемы свободы, ответственности и выбора, проблемы смысла и его утраты, проблемы общения и одиночества.

В экзистенциальном подходе для анализа личности используются в основном качественные методы: беседа, наблюдение, самонаблюдение. Глубинное общение является важным фактором позитивного изменения клиента. Экзистенциально-гуманистический подход особенно необходим для клиентов, находящихся в кризисном состоянии, при утрате смысла, в ситуации потери, а также в ситуации выхода личности за пределы необходимого приспособления. Главным инструментом психологической помощи является культивирование чувствительности, понимания и эмпатии.

Основными задачами психолога, участвовавшего в процессе коррекции:

- Полностью присутствовать, чтобы содействовать пациенту в его погружении и помогать ему в более полном описании своего интереса в решении проблем.
- Формировать и поддерживать убежденность пациента в том, что он способен что-то сделать для себя сам.
- Помогать пациентам обнаружить разрушающие структуры, которые они сами построили, и, следовательно, сами могут изменить.
- Быть сочувствующим и заботливым, особенно в моменты тяжелых, глубоких переживаний пациентов.
- Быть глубоко уверенным в том, что пациент в состоянии помочь себе сам.

5.6 Арт – психотерапия

Если травматический опыт не поддается словесному описанию, то в этом случае возможно работа с ним в процессе арт-психотерапии. Арт - подход ориентирован преимущественно на невербальное общение, что особенно ценно в работе с жертвами насилия. Изобразительное творчество облегчает доступ к подавленным в результате травмы чувствам, вызывает положительные эмоции и восстанавливает самоуважение, способствует преодолению апатии, подавленности, безынициативности. В творческой деятельности выплескиваются агрессивные тенденции, что прерывает новый цикл насилия.

Творческая деятельность является мощным средством сближения людей. Это особенно ценно в ситуациях нарушения семейной интеграции – взаимного отчуждения, затруднений в налаживании контактов.

Основными задачами арт-психотерапевтической работы является усиление полоролевой идентичности пациента, работа с чувством вины, страха, гнева, повышение самооценки, поиск ресурсов для восстановления физического и психического здоровья, работа с будущим.

Работа с изобразительными материалами может проводиться как в индивидуальном консультировании, так и в группе.

Каждый человек знает, что все присутствующие в группе имеют схожий травматический опыт. Задачей ведущего является создание безопасного пространства. Важно, чтобы работе в группе предшествовали очное консультирование, индивидуальная психотерапевтическая работа, встречи с юристами.

Некоторые упражнения прделываются дважды - в начале и в конце работы группы. Например, одно из упражнений, где необходимо изобразить себя в виде растения на том или ином этапе развития. Участники могут видеть динамику собственного состояния. В начале работы группы пострадавшие чаще всего изображают себя в виде сломанного растения или комнатного растения в цветочном горшке. В конце работы нередко можно видеть ярко выраженную положительную динамику самочувствия и самоощущения. Участники творческого процесса изображают себя в виде плодовых деревьев, с живыми зелеными ветками. Особый терапевтический и эмоциональный эффект достигается после того, как они сами находят свои прежние рисунки и сравнивают их.

Каждый цикл занятий имеет свою логику, связанную с особенностями индивидуальной травмы и в зависимости от групповой динамики.

Занятия целесообразно проводить в течение пяти – семи недель по два – три часа в неделю. По желанию можно продолжать работу в следующем цикле арт-терапевтических занятий.

Особенностью занятий является обсуждение собственных рисунков, во время которого участники группы, с одной стороны, имеют возможность увидеть схожие чувства у других участников. С другой стороны, у консультанта есть возможность предоставить информацию о чувстве вины, беспомощности, ощущению безвыходности и других переживаниях. Участники группы имеют возможность обсудить эту тему. Для облегчения контактов в группе в начале каждого занятия необходимо дать возможность через изобразительную деятельность найти в себе потенциал для выражения тех сложных чувств, с которыми они пришли на занятия: это упражнения, не касающиеся травматического опыта, а наоборот, связанные с теми периодами жизни, ситуациями, где человек чувствовал себя в безопасности. Эти упражнения могут выполняться под музыкальное сопровождение с закрытыми глазами, левой рукой. Обычно эти занятия очень нравятся, так как помогают почувствовать себя сильнее и увереннее.

У людей, подвергшихся внутрисемейному насилию, нарушаются отношения с родственниками, детьми, сослуживцами. Часто они оказываются в изоляции. Чувства к партнеру варьируются от страха и гнева до привязанности и даже любви. Одни пострадавшие хотели бы наказать партнера, некоторые считают, что он сам себя наказывает своим поведением. На занятиях необходимо помочь участникам группы выразить свои чувства и принять их, так как многие считают неприемлемым выражать свой гнев. Большую роль в этом блоке играет обсуждение в группе своих работ.

Следующим этапом является поиск внутренних ресурсов, связанных с людьми, которые могут оказать поддержку человеку, подвергшемуся насилию. Часто эта работа заключается в выявлении антиресурсов, то есть позиции родственников, близких, знакомых по отношению к пострадавшему. В этом блоке возможна работа с представлением женщин об идеальной женщине, матери, идеальном мужчине, отце, идеальных отношениях, семье, любви и других мифологемах.

Цикл занятий завершают упражнения на видение будущего, построение «линии жизни», обсуждение перспектив, построение планов. Предлагаются упражнения, связанные с изображением прошлого, настоящего, будущего, указанием направления движения. Особую роль играет обсуждение возможных трудностей в ближайшем будущем.

5.7 Телесно-ориентированный подход (ТОТ)

Пострадавшие от насилия переживают интенсивные отрицательные эмоции на протяжении длительного времени. Эмоциональное напряжение оказывает влияние на мышечную систему и формирует хронические блоки, которые, в свою очередь, оказывают отрицательное влияние на психику. Другими словами, тело человека может рассказать о его проблемах и характере гораздо больше и быстрее, чем это сделает он сам.

По мнению В. Райха, невротические и психосоматические проблемы являются следствием застоя биологической энергии, которую он назвал оргонной. Застой приводит к фиксации энергетических блоков на различных группах мышц, создавая напряжение. Так появляется «мышечный панцирь».

Райхианская телесная терапия направлена на восстановление свободного протекания оргонной энергии через тело путем распускания «панциря» в каждом сегменте тела (области глаз, рта, шеи, груди, диафрагмы, поясницы и таза). Для достижения этой цели используются три основные техники: глубокое дыхание, мануальное воздействие и вербальный анализ (тщательная проработка с пострадавшими причин возникновения мышечных зажимов).

Преимущество ТОТ в том, что она позволяет, изящно обходя сопротивление пациента, очень бережно подойти к его внутренним переживаниям. А главное, тело – это кратчайшая дорога к бессознательному и, значит, к истокам проблемы.

5.8. Психодинамическая психотерапия, в частности, кататимно-имагинативная психотерапия (символдрама) – это метод глубинно-психологической или аналитически-ориентированной и личностно-ориентированной психотерапии, основанный на использовании воображения.

Свободное фантазирование в форме образов – это основа метода.

Представляя образы, пациент может, как визуализировать их, так и просто представлять мысленно. Пациент рассказывает о своих переживаниях сидящему рядом психотерапевту, который как бы «сопровождает» пациента в его образах и, если необходимо, направляет их течение в соответствии со стратегией лечения.

Основное правило психотерапии - вызвать эмоцию, вербализовать её и затем проработать. Проработка происходит не одномоментно, а на протяжении длительного курса психотерапии:

1. непосредственно во время представления образов происходит вербализация эмоционального содержания,
2. в процессе выполнения пациентом домашнего задания, когда он уже дома письменно описывает в дневнике происходящее в образе и рисует;
3. На следующем сеансе при проработке образа предыдущего сеанса.

В процессе психотерапии по методу символдрамы используются практически все инструменты и принципы психоаналитической психотерапии (анализ бессознательных и предсознательных конфликтов, аффективно-инстинктивных импульсов, сопротивления и механизмов защит, переноса и контрпереноса).

В методе символдрамы разработано множество мотивов, позволяющих:

- достичь управляемой регрессии на определенные этапы психосексуального развития, управляемой регрессии к травмирующей ситуации;
- достичь управляемой регрессии в фазу, предшествующую травме и получить ресурсную подпитку (удовлетворение) архаических потребностей (нарциссических и оральных);
- прорабатывать определенные конфликты пациента.

Особенность метода символдрамы – это работа с рисунком пациента. Благодаря этому инструменту и некоторым другим принципам психотерапевтической работы символдрама близка к глубинной психологии К.Г. Юнга. В методе символдрамы интегрированы теоретические аспекты и принципы как психоанализа, так и аналитической психологии К.Г. Юнга.

Психотерапевтические интервенции должны быть сфокусированы на:

- ✓ укрепление Эго, самооценки, зрелых защитных механизмов; личностного и межперсонального доверия.
- ✓ Здоровую регуляцию аффективной сферы и межличностных отношений.

5.8.1. *Бессознательная структура ролей «преступник-жертва»*

Травмированный человек зачастую попадает (бессознательно разыгрывает) психологический треугольник Жертва, Спасатель, Преследователь.

Парадоксальным образом человек, который «сделал карьеру» в качестве жертвы, может оказаться замкнутым внутри жестокой природы тех зверств, жертвой которых он явился.

Это становится особенно очевидным, когда «жертва» начинает:

- ✓ перебирать в памяти те жестокости, которым он или она были подвергнута при этом
- ✓ довольно часто отмечают периоды насилия, когда сама жертва превращается в жестокого преступника, участвуя в насилиях иного типа (домашних, межличностных и даже направленных против самого себя)

Жертва — это такой человек, который:

- всем своим видом демонстрирует, что он пострадал и за это все должны ему помогать, жалеть, сочувствовать.
- Жертве, как ей кажется, все ей должны.
- Эти люди так себя ведут, как будто ожидают новой травмы.
- Ключевая фраза, позволяющая сразу же узнать Жертву: на вопрос: «Как дела?», отвечает: "Как всегда, плохо".
- Роль Жертвы — это роль безответственности. Действительно, какой с нее прок, если и так ей досталось (Как можно от нее требовать чего-либо?).

Спасатель — это человек, который:

- всех утешает, всем приходит на помощь (даже когда его об этом не просят). Он больше всего на свете любит помогать другим.

- Быть Спасателем очень почетно. Человек, играя эту роль, подчеркивает свою значимость. Другая выгода - вечная признательность и зависимость Жертвы от Спасателя.
- Девиз профессионального Спасателя: "Спасай всех, даже если спасаемый - против". Ему нет никакого дела до спасенного, ему важно, чтобы он чувствовал, какой он хороший и благородный.
- Характерная черта Спасателей: они приносят себя в жертву, когда их об этом не просят, а затем требуют благодарности. Спасатели очень часто - это бывшие Жертвы. Не имея возможности помочь себе, они начинают помогать другим

Спасатель, как и профессиональная Жертва, получает психологические выгоды (и не малые) от этой роли. Иногда Спасатель может превратиться в **Преследователя**, особенно когда он пытается сделать другому "хорошо" насильно.

Травма создает резкий водораздел между жертвой и насильником. Более того, если индивид рассматривается исключительно как жертва, то психотерапевт становится спасителем, и оба объединяются в своем противостоянии по отношению к нападающей стороне.

«Однако, помимо того, что этот замкнутый треугольник отнимает силу у «жертвы», он стремится сохраниться вечно, создавая бесконечные вариации, при которых различные люди исполняют одинаковые роли, например, профессионал (спаситель) может воспринимать выжившего (жертву) как насильника, когда тот предъявляет ему все более неразумные требования; помимо того, пара, состоящая из спасителя и жертвы, может породить новых насильников, от которых они будут вынуждены защищаться; к ним относятся, например, руководители соответствующих служб и другие лица, которые не оказывают паре ожидаемую ею безусловную поддержку, которую она деспотически требует» (Пападопулос Р.).

Поэтому травматический дискурс можно рассматривать как создание крайне сложной, бесчеловечной и архетипически поляризованной ситуации. Травма создает сопоставимую поляризацию, одержимость, однополярную жесткость, уверенность в своей правоте и нуминозность (Пападопулос Р.).

Нуминóзность (лат. numen — божество, воля богов) — понятие, характеризующее важнейшую сторону религиозного опыта, связанного с интенсивным переживанием таинственного и устрашающего божественного присутствия.

Если мы будем с клинической точки зрения рассматривать переполненную ненавистью жертву, то заметим, что ей всегда противостоит переполненный ненавистью преступник. Существование такой бессознательной диадной структуры представляет одну из главных проблем в лечении этих пациентов, так как она тотчас проявляется в переносе/контрпереносе.

Жертва превращается в преступника, жертва и преступник могут быть вполне представлены в одной и той же персоне. Можно сделать вывод о том, что постоянная агрессия, когда она действительно имеет психопатологические последствия, будет позже проявляться в двойкой идентификации: и с жертвой, и с палачом.

Многие психотерапевты не могут избежать искушения видеть в подобного рода жертвах, испытавших в жизни тяжёлые травмы, исключительно только жертв. И, естественно, для пациента «создаётся» такая ситуация, в которой терапевт видит его только в роли жертвы. Эти пациенты отщепляют агрессивное поведение в другую область — на реакции в отношении других персон.

Важнейшей предпосылкой успешного лечения является знание типичных синдромов, в которых проявляется эта диадная установка:

1. Надменность, излишнее любопытство и псевдотупость - наиболее тяжёлый синдром, описанный Бионом (Bion W.R. On arrogance. 1957).

Речь идёт о пациентах с тяжёлыми расстройствами личности, проявляющими по отношению к терапевту чрезмерную агрессивную заносчивость и излишне живо интересующихся его частной жизнью. И в тоже время они не видят своих проблем, складывается даже впечатление о псевдоглуposti самих по себе очень умных пациентов. За время лечения им ни

разу не удаётся понять даже самое простое из того, что говорит им психотерапевт.

Эти три симптома: надменность, любопытство и псевдотупость в принципе нацелены на то, чтобы:

- воспрепятствовать любой форме общения ради того, чтобы
- не увидеть существования у самого себя ненависти, то есть
- ненависть здесь отыгрывается без возможности её воспринять в качестве своего аффекта.

В лечении это ставит перед психотерапевтами трудную психологическую задачу.

2. Абсолютная расщеплённость

Возможно, наиболее тяжёлую форму мы встречаем среди пациентов:

- чувствующих преследование со стороны терапевта, и потому
- начинающих распускать слухи о нём,
- возбуждать против него дела в суде,
- чтобы после всего этого отыскать для себя нового психотерапевта, которого будут идеализировать и ожидать от него помощи в борьбе с прежним психотерапевтом.

Затем такие пациенты начинают новый процесс уже против второго терапевта, отыскивая ещё раз нового психотерапевта, который будет идеализироваться в качестве компенсации за «несовершенство» второго.

3. Трансформация жертвы в палача

Третьим синдромом, который тоже появляется очень часто, является трансформация жертвы в палача.

4. Диссоциация

Для этих пациентов будет типичным то, что они пытаются не замечать диссоциативные состояния, используя для этого расщепление. Лица,

перенесшие насилие и катастрофическую травматизацию, также могут страдать от **диссоциативных расстройств**. Об этом важно помнить специалисту. Любая попытка устранить расщепление и истолковать причины сохранения расщепления приводят в переносе к параноидной установке пациента, и тогда психотерапевт тотчас становится палачом, а пациент – жертвой.

Диссоциация является своего рода трюком, который психика разыгрывает над самой собой. Уход из травмирующей ситуации является нормальной реакцией психики на травматическое переживание. В том случае, когда избежать травмирующей ситуации невозможно, какая-то часть "Я" должна быть удалена, и обычно интегрированное Эго должно быть разделено на фрагменты или диссоциировано. Диссоциация является нормальной частью защит психики от травматического воздействия.

Жизнь может продолжаться благодаря уловке, в результате которой непереносимые переживания разделяются и распределяются по различным отделам психики и тела, главным образом, переводятся в "бессознательные" аспекты психики и тела. Это означает, что появляется препятствие интеграции обычно единых элементов сознания (например, когнитивных процессов, аффектов, ощущений, воображения). Переживание, само по себе, становится прерывистым:

- ✓ Процесс воображения может быть отделенным от аффекта, либо и аффект, и образ могут быть диссоциированы от осознанного знания.
- ✓ Время от времени вспыхивают отдельные воспоминания, во время которых переживаются ощущения, которые, на первый взгляд, никак не связаны с поведенческим контекстом.
- ✓ В памяти индивида, чья жизнь была нарушена травматическим событием, появляются провалы, для него становится невозможной вербализация, создание полноценного рассказа о том, что с ним произошло.

Таким образом, диссоциация как психологический защитный механизм позволяет человеку, пережившему невыносимую боль, участвовать во внешней жизни, но за счет больших внутренних затрат. Эти действия дробят на фрагменты аффективное переживание пациента для того, чтобы рассеять осознание боли, которое появилось или вот-вот появится.

Недостатком такой защиты является ее тенденция автоматически включаться в условиях, когда на самом деле не существует риска для жизни. Травмированные люди склонны реагировать на обычный стресс как на опасность для жизни, немедленно впадая в амнезию или становясь совершенно другими — к всеобщему смятению.

В дальнейшем такие люди могут быть диагностированы как страдающие от характерологического диссоциативного расстройства и названы множественной личностью.

Проявления диссоциативного процесса могут быть обнаружены:

1. в фактах обыденной жизни пациента,
2. в отношениях между пациентом и терапевтом.

(1) Факты обыденной жизни пациента.

Полезные вопросы, для диагностики диссоциативного процесса (их можно сгруппировать по следующим рубрикам):

1. амнезия или "провалы во времени";
2. деперсонализация/дереализация;
3. жизненный опыт.

Вопросы об амнезии или "провалах во времени":

- Зачастую бывает трудно добиться от пациентов связного рассказа об их прошлом;
- очевидна противоречивость многого из рассказанного пациентом,
- у психотерапевта возникают проблемы с пониманием хронологической последовательности событий жизни пациента. Наиболее эффективным способом выявления нарушения последовательности в воспоминаниях пациента является расспрос о каком-то конкретном событии из его прошлого. Обычно начинающие психотерапевты в таких ситуациях склонны обвинять себя в том, что они неправильно поняли пациента или что-то пропустили в его рассказе.

Характерны лакуны в информации, провалы в памяти и ситуации "провалов во времени".

Время от времени пациент заявляет: "Я не могу этого вспомнить". Иногда пациент начинает конфабулировать для того, чтобы замаскировать провал в своих воспоминаниях или усыпить бдительность психотерапевта. Психотерапевт должен быть готов к защитным или компенсаторным маневрам пациента, целью которых является уход от вопросов или изменение темы разговора.

Confabular (лат. – болтать); конфабуляции - галлюцинации памяти; заполнение пробелов памяти логичными воспоминаниями.

У пациентов, страдающих хронической диссоциацией, эпизоды провалов во времени случаются часто, причем при разных обстоятельствах. Вместе с тем у них обычно отсутствует вторичная выгода от эпизодов "провалов во времени". Они не помнят многих важных событий своей жизни. Бывает, что индивиду известно о каком-то реальном событии, произошедшем с ним, только благодаря рассказам других людей, сам он не в состоянии об этом вспомнить.

У многих пациентов с диссоциацией обнаруживаются значительные лакуны в воспоминаниях детства. Довольно часто они жалуются: "Я не могу вспомнить период с 7-го по 9-й класс" - или: "Я не могу вспомнить то, что происходило со мной до 16 лет".

- Часто встречаются фугоподобные состояния. Вопросы типа: «Бывало ли так, что вы внезапно приходили в себя, очутившись в некой местности, при этом у вас не было ни малейшего представления о том, как вы там оказались», могут помочь выявить подобное состояние.

Вопросы о состояниях деперсонализации/дереализации:

- ✓ «Испытывал ли пациент когда-либо состояние, при котором он наблюдал себя со стороны как постороннего человека или будто бы смотрел фильм про самого себя».

Этот вопрос направлен на переживания "выхода из тела", которые встречаются, по крайней мере, у половины пациентов с диссоциацией.

Возможны и другие проявлениями деперсонализации/дереализации, например, ощущением нереальности окружающего, кого-то или чего-то вовне, восприятием самого себя как механизма или мертвого и т.п. Необходимо исключить связь этих переживаний с приемом наркотиков или алкоголя.

Вопросы, касающиеся обычных жизненных ситуаций:

- Довольно часто пациентов с диссоциацией обвиняют во лжи.
- Возможны резкие колебания показателей успеваемости в школе (например, плохие отметки в один конкретный период времени и самые высокие - в другой);
- часто бывают состояния флэшбэк. Состояния флэшбэк вызывают сильное беспокойство, с которым главная личность справляется (как и со многими другими пугающими переживаниями) при помощи отрицания;
- непроизвольное вторжение воспоминаний и образов;
- снопоподобные воспоминания и кошмары (периодически повторяющиеся кошмарные сновидения, вызывающие интенсивные негативные переживания, и множественные пробуждения из глубокого сна, и гипнагогические/гипнопомпические феномены);
- сомнамбулизм;
- неожиданно у них обнаруживаются некие знания или навыки, но они не помнят, как и когда они их приобрели; характерна и обратная ситуация - неожиданная и необъяснимая утрата навыков, способностей или знаний, которыми обладал пациент.
- Часто новая травма реактивирует кошмары и флэшбэки, содержанием которых были инцест или сексуальное насилие, пережитые в прошлом, после чего с возрастающей частотой появлялись диссоциативные состояния, такие, как провалы во времени или эпизоды минифуги.

(2) Проявления диссоциативного процесса в отношениях между пациентом и психотерапевтом.

1. Физические признаки переключения: изменение выражения лица, например: закатывание глаз, быстрое моргание, судороги или гримасы. Вместе с этим обычно изменяются тембр голоса и стиль речи.
2. Амнезия на события во время интервью, отрицание пациентом поведения или переживаний, которые до этого он признавал за собой.
3. Для таких пациентов характерен паттерн "созидания и разрушения" на протяжении всей жизни. Это может быть либо результатом амнезии на предыдущие утверждения или действия, либо проявлением противоположной системы ценностей и взглядов на мир, принадлежащей другой альтер-личности.
4. Время от времени пациенты говорят о себе от первого лица множественного числа («мы») или в третьем лице. Особенно часто можно услышать, как пациенты употребляют местоимение "мы" не как фигуру речи, но, скорее, как бы говоря от лица коллектива. Пациенты могут также использовать местоимения "он"/"она", рассказывая о своем собственном поведении.
5. У пациентов часто отмечается чрезвычайно высокий уровень ориентировочной реакции- сверхбдительность, сверхконтроль, высокий уровень мышечного напряжения и т.п.

В исследовании NIMH, посвященном расстройству множественной личности (РМЛ), установлено, что от первого обращения пациентов к специалистам в области психического здоровья по поводу симптомов, относящихся к РМЛ, до окончательного подтверждения диагноза этого расстройства, в среднем проходит 6,8 лет (Putnam et al., 1986). Иногда РМЛ может скрываться за клинической картиной, соответствующей либо критериям посттравматического стрессового расстройства (например, у жертв сексуального насилия), либо патологической реакции горя.

- Необходимо помнить, что преждевременное упоминание специалистом о насилии может ухудшить психическое состояние пациента.
- Необходимо время, различное и индивидуальное для каждого пациента, когда он или она осмелится довериться и сможет самостоятельно говорить о перенесенной травматизации.

- Важно научиться ждать вербализации самого пациента, до этого времени пациент может нам сообщать о случившемся различными невербальными способами (через соматизацию, поведенческие отыгрывания, рисунок, сны, реакции переноса и контрпереноса и т.п.).

5.8.2. Стратегии лечения, анализ переноса и контрпереноса в психотерапевтической работе

Очень важно в психотерапевтической работе с жертвами насилия:

- уметь в контрпереносе сохранять интерес к пациенту и заботиться о нём несмотря на все провокации со стороны пациента.
- мы должны занимать по отношению к пациентам объективную, пронизанную заботой, но не соблазняющую установку.
- допускать в себе и осознавать агрессивный контрперенос.

Толерантность к агрессии палача, проецируемую на нас пациентом, безусловно, имеет решающее значение для успеха психотерапии. Для психотерапевта может оказаться трудным выдерживать превращение в садистический объект. В этом лежит главная трудность психотерапии, так как естественно, подобный подход явно противоречит нашим привычным психотерапевтическим убеждениям. В процессе психотерапевтической работы мы вынуждены включаться в этот болезненный треугольник *Жертва-Преследователь-Спаситель*.

Важно замечать эти процессы, рефлексировать и прорабатывать в психотерапии. Большую помощь специалисту могут оказать супервизии с опытным коллегой и Балинтовские группы. Данную структуру психотерапевтической работы **желательно внедрить** во все медицинские учреждения, оказывающие помощь жертвам насилия.

Показатели контрпереноса в терапии ПТСР (Wilson, Walker, 1989)

Проявления эмоционального контрпереноса:

- ❖ Злость на причины травматизации.
- ❖ Злость на пациента, вызванная интенсивностью его переживаний.

- ❖ Злость на общество, которое не может помочь жертве.
- ❖ Страх, возникший в связи с интенсивностью переживаний пациента.
- ❖ Страх, связанный с собственной уязвимостью и вероятностью оказаться жертвой.
- ❖ Тревога по поводу собственных способностей помочь жертве.
- ❖ Вина за то, что сам избежал таких страданий.
- ❖ Переживание печали и горя, возникающие в ответ на травматическую историю.
- ❖ Чувства усталости, страха, стыда и отвращения, возникающие во время слушания травматической истории.
- ❖ Онемение и скованность, которые возникают вследствие психологической загруженности терапевта, возникшие в ответ на травматическую историю.
- ❖ Намеренное избегание травматической истории (осознанное или неосознанное).

Когнитивный контрперенос и межперсональные стратегии:

- Вера в то, что позиция терапевта как «чистого экрана» («фальшивая нейтральность») является достаточной.
- Сильная идентификация с пациентом.
- Терапевт чувствует, что обязан помочь жертве.
- Чрезмерная убежденность в личной ответственности нести на своих плечах груз терапии.
- Моральная и профессиональная разочарованность, вызванная травматической историей.
- Восприятие себя как носителя, одаренного целителя, нарциссизм.
- Формирование образа пациента, как слабого, жалкого. Преувеличение степени травматизации.
- Вера в то, что лекарства облегчат эмоциональные страдания и дадут возможность контроля для терапевта.
- Неверие в существование ПТСР.
- Представление о том, что стрессовый синдром является преморбидным по происхождению.

6 Учреждения, задействованные в работе с пострадавшими от домашнего насилия

Руководство медицинских учреждений должно:

- снабдить медицинский персонал четкими инструкциями и протоколами, содержащими информацию о том, что делать при выявлении случая домашнего насилия и как оказать поддержку пострадавшему;
- организовывать тренинги для персонала медицинского учреждения (выявление случаев домашнего насилия, документирование случаев домашнего насилия и т.д.);
- выстроить систему опроса, по крайней мере, выборочный опрос должен практиковаться во всех отделениях.

Что касается сбора и учета данных о случаях насилия в семье, то в Беларуси не существует единой базы данных. Далеко не все проводимые милицией разбирательства, в том числе по причине нежелания пострадавших писать заявление, заканчиваются составлением протоколов об административных правонарушениях либо возбуждением уголовных дел. Также не собираются данные о пострадавших с разделением по полу. Получая информацию о случае насилия в семье, в обязанности милиции не входит информировать сотрудников каких-либо иных государственных органов либо организаций об имевшем факте насилия в семье (за исключением случаев, когда в семьях имеются несовершеннолетние дети).

Согласно ст. 46 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью причинен в результате насильственных действий, информация о случае сообщается в правоохранительные органы. Представителям медицинских учреждений следует информировать пострадавших о возможности получения помощи в территориальных центрах социального обслуживания или неправительственных организациях.

6.1. Куда могут обратиться пострадавшие от домашнего насилия в Беларуси

Каждый человек, испытывающий домашнее насилие, должен иметь свой план действий, чтобы справиться с проявлениями насилия.

Советы по обеспечению своей безопасности:

- ✓ Если спора не избежать, постарайтесь выбрать для него комнату, из которой можно в случае необходимости легко выйти (старайтесь

избежать споров в ванной комнате, кухне, где есть острые и режущие предметы).

- ✓ Договоритесь с соседями, чтобы они вызывали милицию, если услышат шум и крики из вашей квартиры.
- ✓ Приготовьте запасные ключи от дома (машины) и держать их так, чтобы в случае опасности, можно было срочно покинуть дом – и тем самым спасти свою жизнь или избежать новых побоев и оскорблений.
- ✓ С той же самой целью спрячьте в безопасном, но доступном для вас месте книжку с номерами необходимых телефонов, паспорт, свидетельство о браке, документы детей, другие важные бумаги, одежду и белье на первое время, нужные лекарства, а также деньги – сколько сможете.
- ✓ Заранее договоритесь с друзьями и родственниками о том, что в случае опасности они предоставят вам временное убежище.
- ✓ Сделайте все возможное, чтобы обидчик не нашел вас (спрячьте все записи и адреса, которые могут подсказать, где вы – записные книжки, конверты с адресами, номера телефонов).
- ✓ Заранее решите, что из ценных, а также необходимых или просто дорогих вам вещей вы возьмете с собой – что-то в случае острой необходимости можно будет продать или отдать в залог, а без чего-то вы просто не обойдетесь.
- ✓ При критической ситуации покидайте дом, как при пожаре – незамедлительно, даже если вам не удалось взять все, что нужно.

Кроме самопомощи пострадавшие от домашнего насилия могут обращаться в государственные и общественные организации. Система оказания помощи в Беларуси продолжает формироваться.

В структуре органов социальной защиты в стране созданы и действуют более 100 территориальных центров социального обслуживания населения, которые оказывают психологическую, юридическую и социальную помощь гражданам, испытывающим домашнее насилие. Созданы «кризисные комнаты» и телефоны доверия.

За психологической помощью можно также обратиться в кабинеты психологической помощи поликлиник, в учреждениях образования работают детские психологи. Контактные номера телефонов и описание услуг центров

можно найти на сайтах областных исполнительных комитетов.

В г. Минске более 10 лет действует Городской центр социального обслуживания семьи и детей, имеющий богатый практический опыт работы с пострадавшими от домашнего насилия, консультации по семейным проблемам можно получить по тел. (017)247-32-32. На базе Территориального центра социального обслуживания населения Первомайского района г. Минска и ОО «Радислава» создана Служба помощи гражданам, пострадавшим от насилия. Телефон доверия в Минске (017)-280-28-11.

Бесплатные юридические консультации оказывают студенты последних курсов многих белорусских ВУЗов, которые работают в «Юридических клиниках». За получением профессиональной правовой помощи следует обращаться к юристам Белорусской коллегии адвокатов.

Общенациональная горячая линия для пострадавших от домашнего насилия 8-801-100-8-801 была открыта в 2012 году на базе международного общественного объединения «Гендерные перспективы» в рамках проекта международной технической помощи «Повышение национального потенциала государства по противодействию домашнему насилию в Республике Беларусь». Любому взрослому человеку, подвергающемуся домашнему насилию, консультанты линии оказывают квалифицированную психологическую, юридическую, социальную и информационную помощь.

Горячая линия принимает телефонные звонки ежедневно с 8 до 20 часов. По вторникам и субботам на линии дежурит юрист, в остальные дни – психолог. Звонок на горячую линию бесплатный со стационарного телефона. Также на номер 8-801-100-8-801 можно звонить абонентам мобильного оператора VELCOM. Звонок в данном случае оплачивается по тарифам соединения со стационарной сетью.

В 2012 году в Беларуси была создана Сеть некоммерческих организаций по противодействию домашнему насилию в рамках проекта международной технической помощи «Повышение национального потенциала государства по противодействию домашнему насилию в Республике Беларусь». Главной целью ее деятельности является усиление влияния некоммерческих организаций Республики Беларусь в предупреждении и противодействии домашнему насилию на национальном и региональном уровнях через укрепление

партнерства и консолидацию усилий по решению проблемы домашнего насилия.

1. ОО «Белорусская ассоциация молодых христианских женщин» (г.Минск)
- организация-координатор сети
2. МОО «Гендерные перспективы» (г.Минск)
3. ОО «Радислава» (г.Минск)
4. БОО «Провинция» (г.Борисов)
5. ОСП БПЦ «Союз сестричеств милосердия Белорусской Православной Церкви» (г.Минск)
6. БОО «Родник возрождения» (г. Брест)
7. Проект «Кешер»
8. ОО «Могилевский женский центр поддержки и самообразования» (г.Могилев)
9. ОО «Женское независимое демократическое движение» (г.Минск)
10. ОО «Клуб деловых женщин» (г. Брест)
11. ОО «Клуб деловых женщин «Юго-запад» (г.Пинск)
12. ОО «Кобринский клуб деловых женщин «Бона»
13. ОО “Белорусская ассоциация молодых христианских женщин” (г.Мозырь)
14. ОО “Белорусская ассоциация молодых христианских женщин” (г.Сморгонь)
15. ОО “Белорусская ассоциация молодых христианских женщин” (г.Бобруйск)
16. ОО “Белорусская ассоциация молодых христианских женщин” (г.Гомель)
17. ОО “Белорусская ассоциация молодых христианских женщин” (г.Новополоцк)
18. БОО «Женский альянс» (г.Молодечно)
19. РОО "Правовая инициатива»

Сайт www.ostanovinasilie.org - информационная платформа для граждан в ситуации домашнего насилия: пострадавших и агрессоров, а также всех равнодушных к этой проблеме. Ресурс содержит контакты организаций, оказывающих помощь пострадавшим и агрессорам, законодательную базу, регулиующую вопросы решения проблемы домашнего насилия в Беларуси и в

других странах. www.ostanovinasilie.org предоставляет возможность задать вопрос психологу и юристу и получить ответ в течение 24 часов, а также ознакомиться с опытом специалистов, работающих в этой проблеме, через действующий на сайте блог.

Заключение

Последствия насилия несут колоссальный ущерб как личности пострадавшего, его окружению, могут оказывать влияние на следующие поколения через трансгенерационную передачу из поколения в поколение. Все это свидетельствует о необходимости разработки и внедрения в жизнь комплексных программ для предотвращения насилия в обществе и семьях, а также и психолого-психотерапевтической помощи пострадавшим от насилия.

Приложение 1

Формы насилия и их последствия для здоровья и самочувствия

Виды риска и насилия	Потенциальные последствия для здоровья
-----------------------------	---

<p><u>Физическое насилие</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Убийство ● Физическое нападение (избиение с использованием предметов или без них, избиение ногами, нападение с ножом, побои и нападение с использованием огнестрельного оружия) ● Пытки (ледяная ванна, сигаретные ожоги, подвешивание, соль на раны) ● Физическое лишение сна, пищи, света, предметов первой необходимости ● Физические ограничения (веревки, наручники, цепи) и лишение свободы перемещения ● Препятствование получению медицинских или других базовых услуг 	<p><u>Физическое здоровье</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Смерть ● Острые и хронические телесные повреждения (ушибы, рваные раны, травмы головы, сотрясение мозга, шрамы) ● Острая и хроническая физическая недостаточность (повреждение нервов, мышц и костей); повреждения органов чувств, проблемы с зубами ● Усталость, истощение ● Плохое питание, недоедание, голод ● Боль в животе/язва желудка, гипертония ● Затрудненное дыхание, астматические симптомы ● Аритмия, сердечные приступы
<p><u>Психологическое насилие</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Запугивание женщин и их близких, угрозы ● Ложь, обман, шантаж с целью подчинить женщин и воспрепятствовать поискам помощи со стороны органов власти или других людей, ложь об органах власти, положении на месте, правовом статусе, членах семьи ● Эмоциональная манипуляция со стороны злоумышленника ● Непредсказуемые и не поддающиеся контролю события и окружение ● Изоляция и вынужденная зависимость (см. ниже «социальные ограничения и манипуляция») 	<p><u>Психическое здоровье</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Суицидальные мысли, самоповреждения, суицид ● Хроническая тревожность, нарушения сна, частые кошмары, хроническая усталость, пониженная способность справляться со стрессом ● Потеря памяти, расстройства памяти, диссоциативные расстройства ● Депрессия, частые слезы, самоизоляция, ухудшение способностей к концентрации, отсутствие интересов ● Агрессивность, приступы гнева, насилие, направленное на других ● Потеря чувств/”замороженность” ● Употребление наркотиков, зависимости ● Потеря веры в себя и окружающих, трудности, связанные с восприятием или изменением собственной личности и самооценкой, чувство вины, стыда, затруднения с развитием и поддержанием близких отношений

<p style="text-align: center;"><u>Социальные ограничения и манипуляция</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ограничение свободы передвижения, деятельности и распоряжения временем; лишение свободы передвижения, постоянный надзор и манипулятивное планирование, предназначенное ограничить контакты с окружающими и препятствовать образованию помогающих отношений ● Частые переезды ● Отсутствие социальной поддержки, потеря контакта с семьей, друзьями, этнической общиной и местными жителями или отказ от него ● Эмоциональная манипуляция со стороны обидчиков ● Выделение любимчиков или раздача привилегий с целью посеять рознь между сотрудниками и предотвратить формирование дружеских связей ● Отрицание медицинских и других услуг или контроль над доступом к ним ● Отрицание частной жизни или контроль над ней 	<p style="text-align: center;"><u>Социальное самочувствие</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Чувство изолированности, одиночества и заброшенности ● Неспособность устанавливать и поддерживать помогающие или поддерживающие отношения, недоверие к окружающим, самоизоляция, личностная незащищенность ● Плохое общее самочувствие от малоподвижного образа жизни, недостатка здорового общения и укрепляющих здоровье занятий ● Подверженность заболеваниям от недостатка информированности, ухудшение состояния от недостаточного внимания к своему здоровью и отсутствия лечения ● Подверженность заболеваниям и злоупотребления из-за ограниченной возможности получить действенный совет от окружающих ● Затруднения с установлением или возобновлением контактов, затруднения с развитием здоровых отношений, чувство одиночества, отчужденности, беспомощности, враждебности ● Избегание или отвержение со стороны семьи, общины, социума или партнеров ● Повторная продажа в рабство, возвращение к опасной работе и отношениям ● Избегание ситуаций, мест или разговоров, напоминающих о травме
<p style="text-align: center;"><u>Экономическая эксплуатация и долговая зависимость</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Женщины не контролируют деньги или осуществляют контроль в меньшем объеме 	<p style="text-align: center;"><u>Экономически обусловленное благополучие</u></p> <p>Невозможность позволить себе:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Элементарное соблюдение гигиены, нормальное питание и безопасность жилища

<ul style="list-style-type: none"> ● Долговая кабала в результате разросшихся долгов ● Непомерные расходы на проездные документы, ведение дома, пищу, одежду, презервативы, медицинские услуги и другие предметы первой необходимости ● Несправедливые и вводящие в заблуждение учетные практики, контроль над заработком и его изъятие ● Перепродажа женщин и пролонгация долгов ● Выдача женщин иммиграционной службе или полиции с целью не выплачивать им заработок ● Вынужденное согласие с длительным рабочим днем, большим количеством клиентов и сексуальным риском для покрытия финансовых потребностей 	<ul style="list-style-type: none"> ● Презервативы, контрацептивные средства, лубриканты ● Перчатки, защитную одежду для производства или домашней работы ● Лекарственные препараты (по рецепту или находящиеся в свободной продаже) ● Основные медицинские услуги, услуги по охране репродуктивного здоровья, услуги по медицинскому обслуживанию беременных, безопасное прерывание беременности ● Повышенная подверженность инфекциям, передающимся половым путем, заболеваниям, травмам на рабочем месте, обусловленным рискованными приемами работы ● Потенциально опасное самолечение или отказ от лечения ● Наказания (например, физическое насилие, финансовые санкции) за недостаточность заработка или за утаивание доходов или подарков ● Физические или финансовые наказания за попытку побега, например, похищение другого члена семьи женского пола, чтобы выплатить долги ● Отвержение семьей за то, что им не посылают денег или за возвращение домой без денег
<p><u>Сексуальное насилие</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Принудительный вагинальный, оральный или анальный секс; групповое изнасилование; унижающие половые акты ● Принуждение к проституции, невозможность контролировать количество или приемлемость клиентов ● Принуждение к незащищенному сексу или сексу без лубрикантов 	<p><u>Сексуальное и репродуктивное здоровье</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● ВИЧ/СПИД ● Нежеланная беременность, беременность с осложнениями, выкидыши и низкий вес родившегося ребенка ● Инфекции, передающиеся половым путем и сопутствующие осложнения, в том числе воспалительные заболевания органов малого таза, инфекции

<ul style="list-style-type: none"> ● Нежеланная беременность, аборт, небезопасный аборт ● Сексуальное унижение, вынужденная нагота ● Вынужденное злоупотребление оральными контрацептивами или другими методами контрацепции 	<p>мочевыводящих путей, цистит, рак шейки матки и бесплодие</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Аменорея и дисменорея ● Острые или хронические боли во время полового акта; разрывы и другие травмы вагинального тракта ● Негативные последствия небезопасных абортов, включая опущение матки, септический шок, рождение нежеланного ребенка ● Синдром раздраженного кишечника, связанные со стрессом заболевания ● Неспособность договариваться о сексуальных контактах
<p><u>Правовая незащищенность</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Сдерживающие законы, ограничивающие источники законной миграции и самостоятельной занятости ● Изъятие торговцами людьми или работодателями проездных документов, паспортов, билетов и других важных документов ● Угрозы торговцев людьми или работодателями выдать женщин властям, чтобы заставить женщин выполнять опасные или связанные с высоким риском работы ● Утаивание от женщин их правового положения ● Требование предъявления документов, удостоверяющих личность, со стороны врачей и медицинских учреждений ● Отсутствие опеки над детьми в случае развода 	<p><u>Правовая защищенность</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Согласие с опасными условиями путешествия, зависимость от торговцев людьми и работодателей во время путешествия и в рабочих отношениях ● Аресты, задержания, долгое нахождение в центрах временного размещения нелегальных иммигрантов или тюрьмах; антисанитарные, небезопасные условия задержания ● Невозможность или трудности в получении лечения в государственных клиниках и других медицинских заведениях ● Страх или травма, полученные в результате допроса, перекрестного опроса или участия в уголовном расследовании или судебном разбирательстве ● Депортация в небезопасные области, риск повторно стать жертвой торговли людьми и наказания ● Плохое здоровье или ухудшение здоровья в результате отказа от медицинских услуг и помощи других служб поддержки

	<ul style="list-style-type: none"> ● Отказ от развода, вызванный нежеланием потерять вид на жительство и/или опеку над детьми
<p style="text-align: center;"><u>Рискованные и не соответствующие нормам условия труда и проживания</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Неправомерная продолжительность рабочего дня, злоупотребления ● Опасные условия труда и проживания (в том числе небезопасные, антисанитарные, переполненные или плохо проветриваемые помещения) ● Связанные с работой штрафы и наказания ● Неправомерные отношения между работниками и работодателями, отсутствие личной безопасности ● Неправомерные межличностные отношения и отношения между сотрудниками ● Выставление женщины на рынок без ее согласия, продажа и эксплуатация женщин 	<p style="text-align: center;"><u>Гигиена труда и окружающей среды</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Подверженность инфекциям, болезням, вызванным паразитами (вши, чесотка) и заразным заболеваниям ● Истощение и плохое питание ● Травмы и страх как результат эксплуатации со стороны работодателей, рискованные и опасные условия работы ● Травмы и страх как результат домашнего насилия или насилия со стороны бойфренда или сутенера
<p style="text-align: center;"><u>Риски, связанные с маргинализацией</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Культурная и социальная изоляция, в том числе недостаточная приспособленность к социальным и культурным нормам, языковой барьер ● Ограниченный доступ к социальным службам и ресурсам, в том числе службе здравоохранения ● Недостаточное качество обслуживания из-за дискриминации, языковых и культурных различий ● Публичная дискриминация и стигматизация, связанная с гендером, этнической принадлежностью, социальным положением, видом трудовой занятости ● Уменьшенный доход, слабые способности к переговорам и финансовые трудности 	<p style="text-align: center;"><u>Предоставление медицинских услуг и пользование ими</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ухудшение здоровья и усугубление существующих проблем со здоровьем ● Плохая профилактика и лечение ● Отчужденность от доступных медицинских услуг ● Недостаточная преемственность врачебного ухода и социальной поддержки ● Потенциально опасное самолечение ● Отсутствие возможности позволить себе продукты и деятельность, способствующие укреплению здоровья ● Повышенная физическая и психическая зависимость от лиц, злоупотребляющих своим положением или эксплуатирующих работодателей

<p>из-за статуса иммигранта и языкового барьера</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Нелегальные переезды и высокая мобильность ● Ограниченный доступ к возможным источникам помощи (например, правоохранительным органам, должностным лицам, национальным представителям) ● Страх правоохранительных и других государственных органов 	<ul style="list-style-type: none"> ● Нежелание уходить от лиц, злоупотребляющих своим положением или эксплуатирующих работодателей или сообщать о них ● Одиночество и другие негативные последствия для психического здоровья ● Принятие нездоровых стратегий преодоления, таких как использование вызывающих привыкание веществ (сигарет, наркотиков, алкоголя), чтобы справиться со страданиями и восстановить душевное равновесие
<p><u>Насильственное и принудительное употребление наркотиков и алкоголя</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Употребление без согласия женщины или насильственное использование алкоголя и наркотиков с целью: похищения, изнасилования или вовлечения женщин в проституцию ● Контроль деятельности, вынужденного согласия, установления длительного рабочего дня или вовлечения женщин в унижительную или опасную деятельность ● Подавления защитных реакций, увеличения покорности ● Предотвращения уходов или побегов женщин 	<p><u>Наркотическая зависимость и злоупотребление</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Передозировка, самоповреждения, смерть, суицид ● Участие в нежелательных половых актах, незащищенные и рискованные половые акты, опасные действия, насилие, преступления ● Наркотическая зависимость ● Повреждения мозга или печени, в том числе предраковые состояния ● Передающиеся через иглы инфекции, в том числе ВИЧ и гепатит С ● Зависимость от наркотиков, алкоголя или сигарет, используемых для того, чтобы справиться с жестоким обращением, стрессом, тревогой и страхом, работой, длинным рабочим днем, болью и отвращением, холодом и физическими лишениями, бессонницей и усталостью

Источник: адаптировано WAVE по оригиналу Zimmerman, C., Yun, K., Shvab, I., Watts, C., Trappolin, L., Treppete, M., Bimbi, F., Adams, B., Jiraporn, S., Beci, L., Albrecht, M., Bindel, J., and Regan, L. (2003). The health risks and consequences of trafficking in women and adolescents. Findings from a European study. London: London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM) [Риски для здоровья и

последствия торговли женщинами и подростками. Выводы из Европейских чтений].

ЛИТЕРАТУРА

1. Байкова И.А., Терещук Е.И., Навицкая Е.В. Медицинские и социальные аспекты гендерного и домашнего насилия/ учеб.-метод. пособие, Минск.: БелМАПО, 2014. –114с.
2. Воспоминания Н. Мандельштам /Юность. - N7. -1989. - с.48.
3. Миллер Алис ВОСПИТАНИЕ, НАСИЛИЕ И ПОКАЯНИЕ/ Независимая фирма «Класс», М., 2010, 296 с.
 1. Калшед Дональд ВНУТРЕННИЙ МИР ТРАВМЫ. Архетипические защиты личностного духа/ М., Академ.Проект, 2001, С. 365
 2. Кернберг Отто Развитие личности и травма/журнал Persönlichkeitsstörungen, 1999, стр. 5-15
 3. Пападопулос Р. Терроризм и паника / Новая весна/ Альманах постюнгианской психологии и культуры, С.-П., №5, 2003г., с. 11-22
 4. Пападопулос Р. Идентичность и конфликт / Новая весна/ Альманах постюнгианской психологии и культуры, С.-П., №4, 2002г., с. 12-28
5. Патнем Ф.В. Диагностика и лечение расстройства множественной личности/["Когито-Центр"](#)
6. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия, Москва, «Когито Центр», 2018.
7. Терещук Е.И., Байкова И.А., Тарасевич Е.В, Родцевич О.Г. Социально-психологические аспекты насилия; особенности психотерапии и психологической коррекции. Актуальные вопросы современной психотерапии, сборник научных трудов республиканской научно-практической конференции, посвященной 25 летию кафедры психотерапии и медицинской психологии БелМАПО, Минск, БелМАПО, 2017г., С. 189-197
8. Kroll J. PTSD/Borderlines in Therapy: Finding the Balance. NY, 1993

9. Psychotherapy of borderline patients in light of long-term follow-up. "Bull Menninger Clin", 1987, 231-47; The Fate of Borderline Patients. NY, 1990
10. Borderline Personality Disorder. Washington, 1993; Psychological risk factors for borderline personality disorder in female patients. "Compr. Psychiatry", 1994, 301-05
11. Bion W.R. On arrogance. 1957.

СОДЕРЖАНИЕ

1.	Основные формы насилия	3
	1.1. Физическое насилие	3
	1.2. Психологическое насилие	4
	1.3. Сексуальное насилие	5
2.	Личностные качества человека, пережившего насилие	8
3.	Психотерапевтические стратегии в коррекции последствий перенесенного насилия	9
	3.1. Роль специалистов системы здравоохранения по предупреждению насилия в семье	10
	3.2. Конфиденциальность и обмен информацией	10
	3.3. Рекомендации, которые полезны для проведения клинического интервью	11
	3.4. Распознавание признаков насилия на гендерной почве	13
	3.5. Особенности беседы с пострадавшими от насилия	14
	3.6. Основные рекомендации для взаимодействия с пострадавшими от насилия	15
	3.7. Документирование случаев домашнего насилия	16

4. **Основные методы и технологии психотерапевтической работы с жертвами семейного насилия** _____
17
- 4.1. *Экстренная психологическая помощь (ЭПП)* _____
18
- 4.1.1. *Методы кризисной психолого-психотерапевтической помощи* _____
19
- 4.2. *Общая схема кризисной интервенции* _____ 20
- 4.3. *Групповая кризисная терапия (ГКТ)* _____ 25
- 4.4. *Телефон доверия* _____ 29
5. **Методы психолого-психотерапевтической помощи лицам, пережившим психотравмирующие события на отдаленных этапах работы с травмой** _____ 29
- 5.1. *Особенности реагирования и психотерапевтические подходы при некоторых психических расстройствах* _____
30
- 5.2. *Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), направленная на лечение последствий насилия у детей* _____
39
- 5.3. *Игровая психотерапия, включая аффективную модуляцию и использование метафор, историй, сказок* _____
41
- 5.4. *Психотерапия эмоциональных травм с помощью движения глаз (ДПДГ)* _____
44
- 5.5. *Гуманистически-экзистенциальная психотерапия* _____ 50
- 5.6. *Арт-психотерапия* _____
51
- 5.7. *Телесно-ориентированный подход* _____
53
- 5.8. *Психодинамическая психотерапия* _____
53
- 5.8.1. *Бессознательная структура ролей «преступник-жертва»* _____
55
- 5.8.2. *Стратегии лечения, анализ переноса и контрпереноса в психотерапевтической работе* _____
64
6. **Учреждения, задействованные в работе с пострадавшими от домашнего насилия** 66
- 6.1. *Куда могут обратиться пострадавшие от домашнего насилия в Беларуси* _____
67

Заключение	70
Приложение	71
Литература	78

Учебное издание

Байкова Ирина Анатольевна
Терещук Елена Ивановна
Родцевич Ольга Григорьевна

**Оказание психологической и психотерапевтической помощи жертвам
насилия в системе здравоохранения**

Учебно-методическое пособие

В авторской редакции

Подписано в печать 15.11. 2018. Формат 60x84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 4,5. Уч.- изд. л. 3,43. Тираж 100 экз. Заказ 243.

Издатель и полиграфическое исполнение –

Белорусская медицинская академия последипломного образования.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3.

