

## К СОБЫТИЯМ НА ДУБРОВКЕ

### СОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ТРАВМЫ ПРИ РАБОТЕ С ПОСТРАДАВШИМИ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

*В рамках международной обучающей программы “Соматическая терапия психической травмы” регулярно проводится супервизорская группа с целью взаимного анализа клинических случаев и обмена опытом практической работы. В марте 2003 года в рамках рабочего заседания группы состоялся Круглый стол, посвященный обсуждению проблемы психологической помощи людям, получившим психическую травму в чрезвычайных ситуациях (таких как теракты, природные и техногенные катастрофы и пр.). В частности, рассматривалось применение методов соматической терапии при работе с жертвами теракта на Дубровке. Некоторые участники программы использовали эти методы при оказании психотерапевтической помощи пострадавшим. Они поделились опытом своей работы.*

*В заседании приняли участие: Е.Мазур, Е.Дозорцева, И.Воробьева, С.Иванченко, Е.Красникова, М.Ломова, Е.Сулимовская, С.Терехина, О.Троицкая, И.Алахвердиева.*

*Ведущая – С.Иванченко.*

*Ниже в сокращенном виде приводится стенограмма состоявшегося обсуждения.*

#### Случай № 1

##### **Работа с семьей, потерявшей на Дубровке дочь**

*Е.Дозорцева (психотерапевт):* В ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского существует отдел по работе с чрезвычайными ситуациями, куда медики направляли детей и родителей, ставших жертвами террористической акции на Дубровке, с целью экстренной психологической помощи.

В ноябре 2002г. в Центр обратилась семья, потерявшая на спектакле “Норд-Ост” четырнадцатилетнюю дочь. Кроме погибшей девочки, в семье

есть еще одна дочь двенадцати и сын двух с половиной лет. В работе с пострадавшими приняла участие группа психологов Центра.

Вначале мы проводили беседу с каждым членом семьи.

*Родители стали искать психологическую помощь на следующий день после похорон дочери. Состояние всех членов семьи было угнетенным, но в экстренной помощи, по мнению врачей, нуждалась, прежде всего, мать (В.). С момента гибели дочери она не могла ни спать, ни есть, жаловалась на тяжесть в плечах, груди, постоянное ощущение холода. Время от времени женщина судорожно сжимала руки. Положение осложнялось тем, что она была беременна.*

*Состояние отца (К.) характеризовалось врачами, направившими его в Центр, как не вполне адекватное, ажитированное. На приеме в течение часа он довольно отрывочно рассказывал о том, что происходило во время и после захвата заложников, как им не удавалось найти тело дочери, говорил также о своих отношениях с дочерьми. У К. была большая потребность выговориться. Он рассказывал о том, как организовал похороны с участием хора, в котором ранее пели обе его дочери. Выразил озабоченность беременностью жены (предстояло решить, оставлять ли ее или прервать). Относительно собственного состояния К. утверждал, что должен как можно быстрее снова приступить к работе, что все образуется, потому что у него «есть, для кого жить».*

*Состояние младшей дочери (Т.) по внешним признакам можно было оценить как удовлетворительное. По словам девочки, ей становится не по себе, только когда она видит вещи погибшей сестры.*

*Младший брат находился все время у родственников. Он, хотя и чувствовал какие-то изменения, но пока еще не зафиксировал отсутствия старшей сестры (к которой был очень привязан).*

С каждым из членов семьи (кроме мальчика) было проведено по три психотерапевтических сеанса. В работе с пострадавшими применялись техники соматической терапии травмы, в частности – метод соматического переживания; с детьми, кроме того, – проективные рисуночные тесты, игровые методы. Здесь мы рассмотрим только психотерапевтическую работу, оставляя за кадром клинические методы диагностики и коррекции.

Как я уже сказала, в помощи больше всего нуждалась мать. В силу своего состояния она избегала обсуждения содержательной стороны своих переживаний, поэтому терапия была направлена на работу с ее травматическими симптомами. В этом плане хорошо подходили техники работы с телом, которые позволяли работать с процессом, а не содержанием.

Первый сеанс с В., продолжительностью более часа, был направлен на поиск травматических и ресурсных зон в теле: я старалась выяснить, какие участки тела испытывают максимальный дискомфорт, а какие относительно

более комфортны (ресурсные зоны). Прослеживалась динамика телесных травматических симптомов.

У В. обнаружилась диссоциация между нижней частью тела и верхней: ноги были “в порядке”, а в верхней части тела ощущалась тяжесть. Клиентка испытывала сильное чувство сжатия в груди. По ее словам, это было похоже на “черный шар”. В ходе работы он постепенно обретал гладкую форму и начал перемещаться вниз, растекаясь. Вместо шара образовалась “небольшая фиолетовая лужица”, которая долго не исчезала.

Затем у В. стали “горячими” и в то же время “онемевшими” руки, которые до этого были едва теплыми. Интересно, что неприятные ощущения перемещались по всему телу. После фокусировки на неприятных ощущениях в груди на первый план вышли ощущения в горле. Появилось чувство першения (“как будто горло болит”). Я предложила В. сделать дыхательное упражнение. После дыхания со звуком ей стало легче, неприятные ощущения в горле прошли, но появилась тяжесть в голове.

В конце сеанса онемение в руках прекратилось, они стали легче, особенно правая (“в ней радостное чувство, как будто к ней гости пришли, и она готова пироги печь”; “левой завидно, что к ней гости не идут”). Возникло приятное ощущение целостности тела (ноги “соединились” с туловищем), но сохранялись еще чувство тяжести в плечах и ощущение стянутости в груди.

**С.Иванченко:** Мне хочется прокомментировать эту сессию. Как мы видели из описания, был пройден *цикл травматического опыта*, в ходе которого прослеживались ощущения в груди, горле, плечах, руках, голове. Ощущения трансформировались в *образы* (“фиолетовая лужица”), *движения* (дыхание со звуком), *переживания* (“радостное чувство, как будто к ней гости пришли”). В заключение у В. осталось чувство стеснения в груди (“как будто шаль узлом завязана”), но остальные части тела уже не испытывали прежнего дискомфорта, и возникло ощущение целостности тела. Я думаю, что здесь был завершен один цикл травматического переживания, в результате чего В. испытала облегчение.

**Е.Дозорцева:** Да, это так. В. сказала, что после первого сеанса ей стало легче. Впервые она смогла уснуть, появился аппетит. Она все еще по-прежнему просыпается ночью, но в целом ее сон удовлетворителен. И еще одно позитивное изменение – В. перестала судорожно сжимать руки.

В начале второго сеанса В. чувствовала тошноту и, как и раньше, – сжатие в груди, ощущение холода. Эти ощущения принадлежат “*воронке травмы*”. В то же время, ноги были теплые и расслабленные. Это ощущения “*воронки исцеления*”. Руки тяжелые, в кончиках пальцев “словно что-то налито, густое и вязкое”. При концентрации внимания на этом ощущении

горячая волна прошла по всей руке. Ресурсные зоны – ноги (чувство отсоединения, как в предыдущий раз, уже исчезло) и ягодицы.

На вопрос, где она ощущает дискомфорт, В. ответила, что чувствует давление на плечи, “как будто они стянуты широкой резиновой лентой”. Здесь я применила директивную технику. Я предложила медленно отвести плечи назад и направить внимание на возникающие там ощущения. Возникло чувство напряжения в спине, которое В. оценила как приятное. После этого чувство стянутости исчезло. И хотя “резинка” продолжала ощущаться на плечах, но она, скорее, уже просто “висела”. Руки стали менее тяжелыми и горячими, хотя в кончиках пальцев все еще чувствовались онемение и тяжесть.

Я думаю, здесь был пройден *еще один травматический цикл*.

Следующее неприятное чувство вновь обнаружилось в груди в виде “трубки, как пищевод”, которая “плотно забита ватой”. Здесь применялась техника работы с образами. Наблюдение за возникающим образом привело к тому, что “трубка” сжалась, стала более плотной и опустилась в область живота. После этого я обратила внимание В. на *ресурсные области* (ноги). После того, как она некоторое время прослеживала ощущения в ногах, я опять попросила ее вернуться к *исходным травматическим зонам*. Там обнаружались позитивные изменения (“резинка” на плечах превратилась в “веревочку”, которая “просто свисает”). После концентрации внимания на трубке в животе часть ее “взорвалась, как фейерверк” и исчезла. Остальная небольшая часть вновь переместилась в грудь и “искала, куда бы спрятаться”. В конце концов, она исчезла из поля зрения, но не из тела. Тело, по словам В., ощущало комфорт, оно было расслаблено. На этом сеанс решено было закончить.

Третий сеанс состоялся через два дня. На этот раз цикл прошел гораздо быстрее: если первый сеанс занял около часа, то теперь на проработку актуальной симптоматики потребовалось минут 20. Хотя к В. вернулась способность спать и есть, ее не покидало ощущение холода. Она чувствовала озноб, внутреннюю дрожь. Несмотря на то, что в квартире было тепло, куталась во что-нибудь теплое. Я решила поработать с этим ощущением, попросив В. почувствовать, где это ощущение было наиболее сильным. Дрожь оказалась наиболее сильной в руках. Была применена директивная техника: я положила свои руки на плечи В., оказывая некоторое давление, и при этом попросила ее мысленно усилить ощущение дрожи и сопротивляться давлению, в результате чего дрожь полностью исчезла, и появилось ощущение тепла.

Аналогичная техника была использована в работе с ногами, грудной клеткой. Я спрашивала, где ощущения приятны, а где – неприятны, и при-

кладывала руки к тем участкам, в которых В. чувствовала напряжение. В этих частях тела дрожь также проходила, сменяясь ощущением тепла.

В конце сеанса дрожь перешла в область живота. Здесь я предложила В. проследить за этим ощущением и его изменениями. Когда далее я снова спросила, что ее беспокоит, В. ответила, что она все время себя спрашивает, как все произошедшее могло случиться, и почему удар пришелся именно по ее дочери. Она начала открываться в своих переживаниях, и далее мы обсуждали с ней ее горе. Заканчивая сеанс, я постаралась дать понять В., что переживание горя – это естественный процесс, который не может быть ускорен извне. Я объяснила ей, что в процессе нашей работы были сняты наиболее острые травматические симптомы, но возможно продолжение терапии, которая поможет ей справиться с горем и обрести новые смыслы в жизни. Я предложила ей подумать о продолжении работы и обратиться за помощью тогда, когда она сочтет нужным.

Я расцениваю эту работу как *экстренную помощь в виде краткосрочной соматической терапии при острых травматических симптомах*. Далее уже более уместна долгосрочная терапия.

Параллельно велась работа с детьми, с которыми занималась наша сотрудница ***Е.И.Морозова***.

При первой встрече младшая дочь – Т. сказала, что чувствует себя хорошо, но ей становится не по себе, когда ей на глаза попадают вещи сестры. В процессе сеанса выявилась тяжесть в плечах. Как и в предыдущем случае, здесь сочетались недирективные и директивные методы соматической терапии. В ходе работы в руках, плечах, ногах и голове появилась дрожь, которую предлагалось усилить, одновременно оказывалось давление на соответствующую часть тела. Сравнительно быстро девочка пришла в комфортное расслабленное состояние.

Во время второго сеанса была проведена диагностика с применением Цветового теста отношений. Данные свидетельствовали о достаточно благополучном эмоциональном состоянии Т., позитивном восприятии себя, своей семьи и окружающих. В рисуночных методиках отчасти проявилось чувство вины (“самое несчастное животное” – “собака, которую оставил хозяин”). По словам матери, дома Т. вела себя естественно. Накануне отмечали девять дней со дня смерти старшей сестры, до этого – поминки. Т. активно участвовала в общих хлопотах.

В ходе телесной работы обнаружилось, что Т. не ощущает какого-либо напряжения. Вместе с тем, она рассказала о своем “страшном сне”.

*Ей приснилось, что она идет через лес и курит. Навстречу из кустов выходит мальчик лет пяти, она бросает спичку за спину, лес загорается и, охваченный пламенем, превращается в угли и пепел. Навстречу движутся два человека в масках. Назад пути нет, ей становится страшно.*

Как видно, произошла смена симптоматики: телесное напряжение ушло, но стали проявляться более глубокие чувства, связанные с травматическим событием.

В ходе третьего сеанса Т. не проявляла признаков беспокойства, но в ее поведении можно было заметить некоторую “замороженность”. На этом сеансе Т. впервые начала говорить о сестре, она уже не избегала воспоминаний о ней. Рассказывая о сестре, Т. начала называть ее по имени. Она вспомнила неприятные моменты в их общении. Можно сказать, что Т. переживала *незавершенность их отношений*. В конце сеанса она пришла к тому, что с сестрой можно было поговорить и разрешить эти моменты.

Свою задачу мы видели в том, чтобы помочь девочке преодолеть *избегающее поведение*, вернуть ей способность вспоминать и говорить о погибшей сестре, хотя и, с нашей точки зрения, в защитной форме (форма негативных воспоминаний). Это был шаг на пути *принятия потери* и возвращения Т. к нормальному состоянию.

С мужем (К.) работала сотрудница отдела **С.А.Терехина**, она сама расскажет об этом.

**С.Терехина:** Трудность работы с К. состояла в том, что у него самого не было запроса на терапию. Однако когда я увидела К., мне бросилось в глаза, что он был достаточно напряжен, хотя сам отрицал неприятные ощущения в теле. При этом он очень много говорил о событиях на Дубровке. К. заботило отсутствие у него реакций, которые он наблюдал у жены. По его словам, он “ничего не чувствует”, и этот момент его очень сильно волновал.

В отличие от других членов семьи, мы много работали на уровне содержания случившегося. Мы говорили, что реакции людей на события очень разные, что особенность “мужской позиции”, – защитника, главы семьи, – не дает ему расслабиться и прочувствовать случившееся, по-настоящему встретиться с горем.

К. описывал свое состояние во время штурма центра. Интересно, что мнение специалистов, которые говорили об ажитированном поведении К., не совпадало с его внутренним ощущением. По словам К., в той ситуации он понимал, что не может действовать, не может помочь разрешению ситуации. Он охарактеризовал свое состояние как “уход в себя” ради того, чтобы сохранить силы до того момента, когда возникнет необходимость действовать. Таким образом, результаты внешнего наблюдения и внутреннее ощущение самого К. различаются. На мой взгляд, это свидетельствует о *диссоциации*, которая является одним из ведущих симптомов при травме.

Свою задачу я видела в том, чтобы, прежде всего, снять выступающее налицо эмоциональное напряжение, предоставляя клиенту возможность выговориться, а затем построить ресурсы, которые позволят ему рассла-

биться, отдохнуть. На мой взгляд, в работе было выявлено три ресурсных состояния, которые имели четкие телесные проявления. Во время упражнений у К. возник образ, как он загорает, лежа на песке. Эта картина сопровождалась ощущением тепла, тяжести в конечностях, расслаблением мышц лица. Вся поза была расслабленной и комфортной. После сеанса состояние К. заметно изменилось. По его собственным словам, он почувствовал себя отдохнувшим.

Продолжая отслеживать позитивные ощущения в теле, клиент отметил удобные стулья: его ногам под коленями удобно, и это обеспечивает плотный контакт стоп с полом. Это были ресурсные ощущения опоры в ногах.

Очень интересно было наблюдать за его ногами. Руки и туловище выглядели не очень расслабленными, хотя он воспринимал их состояние как достаточно комфортное и свободное от напряжения, в то же время ноги постоянно стремились что-то делать. Когда я попросила его обратить внимание на ноги, он вспомнил, что в детстве у него была необычная привычка: он садился, подобрав ноги под себя, а потом их выбрасывал. Мы продолжали работать с ногами. Я спросила, что ногам хочется делать, он ответил, что они находятся в “состоянии готовности бежать и действовать, действовать, действовать”. Мне кажется, что это был важный момент терапии, свидетельствующий о состоянии мобилизации. В ногах пробудились импульсы к действию, не получившие завершения во время травмы. Иначе говоря, здесь происходила *работа травмы по завершению незавершенных действий на уровне тела*. Через некоторое время в ногах возникла дрожь, а затем пришла расслабленность. Это признаки разрядки.

Во время нашей последующей беседы мы обсуждали то, что его беспокоило в последнее время. К. поделился, что озабочен незавершенностью отношений с дочерью. Обсуждению этих отношений была посвящена последняя часть сессии. Здесь клиент вышел на очень глубокий уровень переживаний, к работе с которыми был еще недостаточно готов. Сессия завершилась подведением итогов. Мы предложили К. продолжить терапию, когда он посчитает себя готовым к этому.

**С.Иванченко:** Случай очень интересный. Мне кажется, что отсутствие соматических жалоб у К. в начале работы свидетельствует о травматической реакции “замороженности”: по его собственным словам, он “ничего не чувствовал”. Потеря чувствительности, отсутствие эмоций говорят о состоянии оцепенения. Его эмоциональные реакции оказались заблокированы. Заблокированы были и двигательные реакции. Есть также присущее травме ощущение беспомощности, – ощущение, что он не может разрешить ситуацию. Он говорит, что, будучи заложником, понимал, что лишен возможности действовать, и решил сохранить силы до того момента, пока не

возникнет необходимость в действиях. В данном объяснении есть элемент рационализации. Вообще-то, это классический случай остановки реакции действия во время травмы. Отсюда становится понятной его ажитированность, причины которой вначале были не совсем ясны. Это состояние – следствие гипервозбуждения нервной системы.

В терапии очень красиво получилось, что доступ к этим незавершенным реакциям был найден через телесные реакции, которые указали путь к исцелению травмы. Как мы знаем из теории, освобождение от травмы в терапии происходит при работе с периферийными областями тела. Интересно, что по мере ее продвижения у К. возникли ощущения в ногах. Вначале это – ресурсное ощущение опоры и энергии, которое связалось с приятным детским воспоминанием. А затем пробудилась незавершенная реакция действия. Отсюда – повышенная активность, желание “бежать” и “действовать”. Как мы знаем, разрешение травмы может происходить за счет завершения реакции “убегания”. У К. в ногах пробудились импульсы к действию, которые не получили завершения во время травмы. Мне кажется, что сама работа с незавершенными реакциями осталась не вполне законченной и могла бы быть продолжена.

*Е.Дозорцева:* Я согласна. Состояние клиента и трудности работы с ним отражают именно эту незавершенность. По сути, у К. нет запроса на терапевтическую работу. Он пришел, чтобы просто “поговорить”, ему некому было высказать то, что у него наболело. Когда мы с ним поговорили, он облегченно выдохнул: “Ну, все, спасибо!”. Однако когда я его увидела по прошествии некоторого времени, он оставался таким же “встрепанным”, ажитированным, каким его впервые увидели в центре. То есть состояние К. мало изменилось.

*Е.Мазур:* Мне кажется, работа с К. отражает общую трудность оказания психотерапевтической помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях, у которых не было опыта психотерапии. По сути, они не знают, что нуждаются в такой помощи. В психике и в теле есть много защитных механизмов, которые помогают “законсервировать” травму и создать впечатление внешне “благополучного” состояния, хотя на глубоком уровне это состояние остается еще весьма далеким от благополучия. Возможно, именно поэтому пострадавшие не обращаются за помощью к психологам и психотерапевтам, спустя уже некоторое время после чрезвычайного события. В этом проблема – как оказать помощь, необходимость в которой остается, если нет запроса? Как сформировать запрос?

*С.Иванченко:* Я хочу подвести некоторые итоги нашего обсуждения.

На примере случая данной семьи мы можем видеть специфику воздействия травмы. Общей моделью травмы, с точки зрения соматического



подхода, является *незавершенная телесная реакция* на травматическое событие. Один из симптомов – *диссоциация*, дезинтеграция. Этот симптом проявился у всех членов семьи. У матери он выступил в диссоциации частей тела. У отца произошел разрыв между эмоциональной и поведенческой сферами. У младшей дочери обнаружилась “замороженность”, псевдоспокойствие, отсутствие естественных эмоциональных реакций горя на потерю. По сути, в работе с этой семьей мы видим две формы травмы: *шоковую* травму – реакцию на самое событие теракта и *эмоциональную* – реакцию горя. Работа, в основном, происходила с симптомами шоковой травмы. Она была краткосрочной и опиралась на методы соматической терапии.

Если говорить конкретно, то четкий запрос на терапевтическую работу был только у матери: у нее присутствовали отчетливые телесные травматические симптомы, и за три сеанса удалось снять наиболее острые из них. Наблюдалась динамика симптомов.

В результате первого сеанса острые симптомы значительно уменьшились, а некоторые и вовсе исчезли. На этом этапе, как мы видим, осталось только чувство стеснения в груди, однако все тело стало более интегрированным, целостным, благодаря чему В. смогла ночью уснуть.

На втором сеансе в центре работы были ощущения в груди и плечах. Хотя до конца эти симптомы не исчезли, все-таки в состоянии В. наступило заметное улучшение. В пользу этого говорит также и то, что процесс стал проходить намного быстрее, в чем окончательно убеждает третий сеанс.

На третьем сеансе работа была направлена на ощущение холода и дрожи в разных частях тела, где поочередно происходили процессы “разрядки”. Можно сказать, что в результате терапии нашло завершение несколько травматических циклов и произошло освобождение от ряда травматических симптомов. Результатом явился выход на более глубокий уровень травматического переживания – смысловой, уровень переживания горя, работа с которым должна стать задачей последующего этапа терапии.

### **Применение метода соматического переживания в групповой работе**

**С.Иванченко:** Перейдем к другой части нашего обсуждения. Ситуации, подобные событиям на Дубровке, имеют особенность поражать не только непосредственных участников событий, но и специалистов, принимающих участие в помощи пострадавшим, – психологов и врачей. Они становятся вторичными жертвами этих событий и также нуждаются в психологической поддержке. Методы соматической терапии могут быть использованы и здесь. Такая помощь может выступать в форме не только индивидуальной, но и групповой работы.

**Е.Мазур:** Я бы хотела поделиться опытом применения метода соматической терапии травмы в групповой работе. Так получилось, что в дни те-

ракта я должна была проводить учебный семинар по терапии травмы для специалистов-психологов. Но никакая учеба в этот день была невозможна, более уместной оказалась работа с актуальными травматическими переживаниями участников семинара. Эти психологи не были непосредственными участниками трагических событий, но, как и все москвичи, они были захвачены ими. Я думаю, что участников семинара также можно было бы отнести к категории пострадавших. Групповая работа состояла из двух частей: первая была посвящена проявлениям острой травмы и травматическим симптомам, вторая – пробуждению исцеляющих состояний и интеграции полученного опыта.

Одна из особенностей этой работы заключалась в том, что все участники группы практически сразу начали говорить о своих переживаниях по поводу трагедии на Дубровке. Оказалось, что все находились под гнетом этих событий, и по мере того, как каждый делился своими впечатлениями, атмосфера все более нагнеталась. Практически все участники говорили о том, что у них появилось ощущение *небезопасности*. Им стало страшновато выходить из дома, но и оставаться дома тоже казалось небезопасным. Появилось чувство, что произойти может все что угодно, и они не смогут себя защитить. Многие плакали. По сути, ощущение небезопасности было тем базовым переживанием, с которым и проводилась работа.

В ходе группы было обнаружено, что травма не только меняет состояние пострадавших, но и *обостряет их личностную проблематику*. Например, одна из участниц рассказала, что в последние дни у нее появилось желание все проверять и перепроверять в доме и контролировать своих близких. По ее словам, она всегда была подозрительна, а сейчас особенно. Она вспомнила, что много лет назад у нее было тревожное расстройство, в результате которого она не могла выходить из дома. Можно предположить, что травма в некоторой степени обострила ее давний недуг. В процессе терапии тема сверхконтроля и недоверия у данной участницы сменилась темой доверия в отношениях.

Атмосфера поддержки, доверия, сопереживания и соприсутствия, которая создавалась на группе, позволяя каждому раскрывать себя и прорабатывать то, что их тяготило, кажется мне особенно важным фактором. В этих условиях выявилось, что травма обостряет и другие, более *ранние травмы*. Одна из участниц в эти дни соприкоснулась с внутренней болью, о существовании которой она ранее даже не подозревала. Эта боль была связана с землетрясением, которое она пережила несколько лет назад. Событие казалось ей давно и прочно забытым. Девушка была очень удивлена тем, что эта боль жила в ней столь длительное время, никак себя не проявляя. Однако, под воздействием событий “Норд-Оста” подавленные чувства вышли

наружу. Для нее оказалось настолько невыносимым соприкоснуться с болью, так что она расплакалась и выбежала из комнаты.

В работе с травматическим опытом участников я использовала самые простые техники соматического переживания. Главным образом это были недирективные техники процессуальной работы. В качестве ресурсов я использовала приятные телесные ощущения, ощущения дыхания, опоры. Я также проводила титрование между позитивными и негативными телесными ощущениями. Это простая работа возвращала ощущение самоподдержки и меняла состояние тех, кто нуждался в помощи, принося им облегчение.

Вторая часть работы была посвящена тому, что я назвала бы пробуждением исцеляющих состояний и интеграцией полученного опыта. Для этой работы использовался достаточно неожиданный ресурс. Им послужило переживание одной участницы, с которой проводилась индивидуальная психотерапевтическая сессия в группе. Это было мощное переживание *радости жизни!*

Сессия проводилась с новой участницей, которая появилась во второй половине первого дня и потребовала работы с телом. Интересно, что эмоционально она была слабо включена в ситуацию “Норд-Оста”. В дни трагедии она проводила психологические группы и жила интересами своей работы. Работа с ней, по сути, явилась групповым ресурсом. В процессе терапии она испытала яркое эмоциональное переживание детской радости, к которому невольно подключились все. Этот совместный опыт был тем самым исцеляющим состоянием, которое открыло терапевтические возможности группы и вернуло ощущение радости жизни.

Группа закончилась позитивно. Участники утверждали, что вернулось ощущение безопасности, появилось чувство, что жизнь продолжается. Они уходили с мажорным ощущением, и им было не страшно возвращаться в жизнь.

**И.Воробьева:** Как участница этой группы я хочу добавить, что, действительно, в начале работы была очень критическая ситуация, атмосфера трагедии и тяжести все более нагнеталась. Затем терапевт предложила самую простую работу с телом, и именно такая простая работа оказалась наиболее эффективной, как и должно быть, по моему мнению, в подобных случаях. В конце группы я вернулась в состояние “до”, то есть как бы предшествующее тому моменту, когда произошел теракт.

**Е.Мазур:** В этом и состоит смысл травма-терапии – помочь человеку *восстановиться* после травмы. Группа обладает мощным терапевтическим потенциалом при работе с травмой. Специфика здесь состоит в том, что и травматические, и исцеляющие состояния выступают как переживания

целостной группы. Терапевтические возможности группы при работе с травмой нуждаются еще в дальнейших открытиях.

### **Другие вопросы**

*В ходе обсуждения представленного случая работы с семьей был поднят ряд вопросов, которые могут быть интересны широкому кругу специалистов. Ниже приводится фрагмент дискуссии, в котором представлены такие темы, как особенности психотерапевтической помощи при актуальной травме, работа при отсутствии запроса со стороны клиента, грань между профессиональной и личностной включенностью терапевта.*

**Е.Мазур:** Я хочу спросить Е.Дозорцеву и С.Терехину – а как вы сами себя чувствовали, оказывая помощь пострадавшим? Не были ли вы травмированы сами?

**Е.Дозорцева:** Я думаю, что мы были травмированы не столько нашей работой, сколько просмотром телевизионных программ и ситуацией в целом. Но, занимаясь телесной работой с пострадавшими, я чувствовала, что это помогает и мне самой. У меня с самой собой шла своя работа. Проблема оказания помощи специалистам, которые работают с пострадавшими, действительно, существует. В нашем институте действует служба помощи в чрезвычайных ситуациях, но она не рассчитана на помощь специалистам.

**С.Иванченко:** Как вам самим кажется, насколько глубоко удалось проработать травму в представленном вами случае?

**Е.Дозорцева:** Я не думаю, что нам удалось проработать травму полностью, но, тем не менее, судя по динамике, происходило наращивание ресурсов. У меня было впечатление, что на данном этапе терапии я могу пострадавшую отпустить. Кроме того, у меня четкое убеждение, что какие-то естественные процессы должны происходить без вмешательства психотерапевта. Надо дать человеку возможность все это пережить самому.

**М.Ломова:** Как Вы предваряли телесную работу с клиентом? С В. – понятно, с ее стороны был запрос. А вот К. – вы ему рассказывали, что это за работа, почему она необходима?

**Е.Дозорцева:** Да, в ходе первой встречи я разговаривала с К. в течение часа. Во-первых, я рассказала ему, что происходит с В., какие у нее симптомы, в чем заключаются задачи работы с нею. И затем я сказала: “У вас тоже может быть что-то подобное. Может быть, напряжение в каких-то частях тела, давайте посмотрим”, на что он сказал: “Да теплые, теплые у меня руки!”. Я думаю, что для него большее значение имела содержательная работа. А мы исходим из потребности клиента.

**М.Ломова:** Как видно из этого случая, далеко не всегда у клиента есть четко сформулированный запрос на терапевтическую работу. Особенно это

характерно для мужчин. Чаще всего в кабинете психотерапевта мужчины появляются в качестве сопровождающих. В трудных ситуациях они не предъявляют жалоб, хотя, возможно, нуждаются в помощи не меньше других членов семьи. И все-таки, как работать с клиентами, не предъявляющими запроса на психотерапию?

**О.Троицкая:** Я не вижу разницы, как работать с женщиной, а как с мужчиной: он пришел, ты ему рассказала, что такое травма, а дальше работаешь как обычно.

**Е.Красникова:** Ольга сейчас сказала, на мой взгляд, самое главное: рассказать, что такое травма. Я тоже так делаю: объясняю, как живет травма, как она “прячется”, как тело “разговаривает” про травму. Когда мужчина-клиент понимает схему, то соглашается работать.

**И.Алахвердиева:** Мой опыт работы с травмой небольшой, я сталкивалась с ней во время землетрясения 2000г. в Баку. У нас было много случаев, когда мужчины приходили, якобы, сопровождая своих близких, и обращались они совсем по другим причинам, не в связи со страхом землетрясения, а в связи с тем, что у них произошли определенные изменения в привычном укладе жизни или в сложившихся семейных взаимоотношениях. Первая встреча – это информационная терапия, когда специалист объясняет, какими изменениями травма сопровождается на уровне тела, на уровне физиологических реакций; что может изменяться в отношениях с близкими. И когда человек владеет такой информацией, уже проще предложить ему помощь, от которой люди, как правило, не отказываются. Я вспомнила случай, когда пришел один мужчина, очень красивый. Он жаловался на то, что у него изменилась сексуальная жизнь после землетрясения. И когда мы обсудили с ним, что в связи с шоковым событием могут происходить самые разные изменения, он понял, что его реакция – вполне нормальная, и то, что с ним происходит – это нормально. Потом уже было намного проще. Он сам предложил поработать с ним.

**Е.Дозорцева:** В первичный период, когда травма свежая, человек обычно к себе не подпускает. А позже, когда он сам активно ищет помощи, то, естественно, надо быть готовым включиться.

**С.Иванченко:** В чем состоит отличие работы с *актуальной* травмой и *давней* травмой?

**Е.Дозорцева:** Мое ощущение, что в первом случае нужно больше думать об опасности ретравматизации и очень осторожно подходить к человеку.

**Е.Красникова:** Если клиент вышел из старой травмы, то у него есть ресурс, к которому можно апеллировать. Но с другой стороны, тут работать сложнее, потому что травма успела мимикрировать, обрести какими-то защитами. А вот что касается стратегии работы, то в обоих случаях опти-

мально работать с тем, что наличествует в данный момент, и работать, прежде всего, с тяжелыми симптомами, которые составляют угрозу жизни, когда клиент не может ни спать, ни есть.

**Е.Дозорцева:** Нужно быть очень чувствительным, резонировать с тем состоянием, в котором человек находится. Важно понимать, до какого предела можно пойти, а где начинается та глубина травмы, куда вести клиента пока не надо.

**Е.Сулимовская:** Мне кажется, что в сознании терапевта постоянно должна присутствовать мысль о возможности ретравматизации, потому что после сеанса терапии вы отпускаете клиента вновь в травму (поминки, возвращение к травмирующим событиям). Одно дело, когда человек пришел с травмой прошлого, другое – когда это его настоящее.

**Е.Мазур:** Я думаю, что важно также подготовить клиентов к завершению терапии. Обсудить, что проделана только часть работы, и что она может быть продолжена.

**Е.Дозорцева:** Да, у нас осталось ощущение, что процесс не получил полного завершения. Еще один момент нашей работы, отличный от традиционной терапии, – это то, каким образом к нам попадали клиенты. Они оказывались у нас сразу, в самый разгар травмы. Первый раз – когда еще “кровь хлещет”, второй, когда “повязку поменять” надо, третий – “посмотреть, как рана заживает”. В этом особенность острого состояния.

**Е.Мазур:** Я думаю, в этом и заключается особенность помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях. Пострадавшие сами не ищут помощи психотерапевта, она им предлагается. И терапевт может работать *без запроса*. Получив помощь, пострадавший сам решает, будет ли он продолжать терапию или нет. Часто такие клиенты, получив облегчение, уходят и не возвращаются в терапию, хотя работа не закончена.

**О.Троицкая:** У меня еще есть соображение, что как только им становится чуть лучше, у них появляется ощущение, не слишком ли им хорошо – это “вина выжившего”. И действительно, может, им надо какое-то время пожить с этим чувством. Может быть, они позже придут, когда у них появится внутреннее моральное право получать помощь.

**Е.Красникова:** С ресурсом очень трудно работать, потому что как только они начинают испытывать стремление к счастью, сразу появляются слезы на глазах: они спохватываются и скорее-скорее назад. Очень важно донести до клиента, что жизнь продолжается, особенно когда утрачена воля к жизни. Я знаю очень тяжелый случай, когда терапевт просто сел рядом с таким клиентом, присоединился к его дыханию и просто присутствовал, показывая: “Я тебя вижу. Я тебя слышу. Я тебя чувствую”.

**Е.Дозорцева:** Меня интересует вопрос о соотношении психотерапии и поддержки. Самой насущной проблемой во время трагедии на Дубровке было отсутствие информации, из-за чего в равной степени страдали как родственники пострадавших, так и сами пострадавшие, не имея возможности связаться с родственниками. Способом получения информации служил обычный мобильный телефон. Наша коллега активно использовала этот вид связи: по просьбе пострадавших она звонила по телефону, связывалась с их родственниками, и таким образом служила передатчиком насущной информации. Что это – психотерапия или просто человеческое участие? Где та грань, которая разделяет то и другое? Меня волнует одна проблема, которая не связана прямо с экстремальными ситуациями. Мы много лет ездим в Покров, в спецучилище для девочек-правонарушителей. Мы проводим там психотерапевтическую работу, но профессиональными обязанностями дело не ограничивается. Моя коллега Е.И.Морозова отличается особой активностью в этом плане. Можно сказать, она просто живет этим делом, заражая своим способом жизни окружающих. Я чувствую, наша переписка с этими девочками, наше неформальное участие в их жизни – за какой-то гранью. Мы спорим, я ей говорю: все, что ты делаешь, это хорошо, но непрофессионально. Но с подростками иначе не получается. Где та грань, за которой заканчивается профессиональная помощь и начинается просто личное участие?

**О.Троицкая:** Я сталкивалась с подобными случаями, работая в театре. Наши актеры увлеклись помощью таким детям и тоже эмоционально включились в их судьбу. Потом дети стали убегать из колонии и приезжать к ним домой. И тогда начинался обман, потому что “шефы” не могли своей жизнью соответствовать тем ожиданиям, которые они породили у детей. У меня был достаточно печальный опыт работы в детской колонии (я тоже была в числе таких “помогальщиков”). Нужно всегда задать себе вопрос – “для чего я это делаю?”. Чтобы добыть экспериментальный материал, помочь одному-двум конкретным людям, получить ощущение своей безумной “нужности”? При работе с инвалидами, травматиками четкое понимание своих целей особенно важно, ибо нормальное человеческое желание пожалеть, посочувствовать не всегда приводит к желаемому эффекту. Выступать в роли просто “помогальщика” – по-своему очень опасно. Во-первых, помощь может быть потребностью не столько клиента, сколько самого терапевта, – желание помогать другим может скрывать под собой потребность в признании, повышении своего статуса и т.п. Во-вторых, такая “помощь” может быть оскорбительной для клиента, которому нужно дать возможность самому справиться со своими проблемами. Она может создавать психологическую зависимость от терапевта и лишать клиента автономии. Далее, выход за границы отношения “терапевт-клиент” может

привести к злоупотреблению со стороны клиента, который начинает чувствовать себя вправе вторгаться в частную жизнь психотерапевта.

**Е.Мазур:** Я хочу обратить ваше внимание на другую сторону этого вопроса. Я вспоминаю книгу “Экзистенциальная психотерапия” Ирвина Ялома, где он говорит о факторах психотерапевтической работы. Он рассказывает, как Фрейд включался в жизнь своих клиентов, заботился о них и всячески стремился помочь им в жизни. Ялом считает, что его реальная человеческая забота очень помогала клиентам, хотя сам Фрейд об этом ничего не писал. В психотерапии многие вещи остаются за кадром, но, с точки зрения Ялома, личностная включенность терапевта играет большую роль, являясь чрезвычайно важным условием успешной терапии.

У экзистенциальных терапевтов есть понятие “забота терапевта о клиенте”, которое предполагает заинтересованность в росте, развитии, изменении жизни клиента. Бьюдженталь называет это качество контакта “присутствием” терапевта. Питер Левин также подчеркивает, что для исцеления от травмы необходим особый контакт со стороны терапевта, которой он назвал “сопереживающим присутствием”. Терапия травмы предъявляет определенные требования к качествам личности терапевта, к его способности устанавливать такой контакт. Мне кажется, что в работу с травмой приходят специалисты, которые обладают качествами сопереживания, сострадания. Вместе с тем, конечно, помощь не должна подменять собой профессиональную терапевтическую работу, и психотерапевт должен хорошо осознавать свою подлинную мотивацию.

**Е.Дозорцева:** Важно хорошо чувствовать границу – где ты профессионал, а где ты включаешься просто как человек.

### **Резюме**

Соматическая терапия травмы – метод, предложенный американским психотерапевтом Питером Левином, – направлена на работу с различными ее видами: от шоковой травмы до травмы развития. Особенность данного метода – прослеживание соматических переживаний, динамика которых обуславливает динамику симптома и приводит к разрешению травмы. Акцент делается на проработке защитных реакций, не получивших реализации в ситуации травмы. Конечная цель – *интеграция телесных, аффективных и смысловых структур*, связь между которыми была разрушена при травматизации. Применение данного метода в работе с жертвами “Норд-Оста” показало его высокую эффективность и экологическую валидность.

*Материалы подготовила С.Н.Иванченко*



