

Содержание

Предисловие Робин Шапиро	12
Благодарности	16
Предисловие	19
Помните о теле во время лечения психологических травм	19
Влияние прошлого и настоящего	20
Чего ожидать от этой книги	22
Примечание о клинических случаях	24
Список вмешательств	25
Часть 1. Основные концепции	27
Глава 1. Телесная осознанность при переработке психологических травм	29
EMDR-терапия	30
Телесно-ориентированная психотерапия	34
Глава 2. Научные основы телесно-ориентированной психотерапии	42
Телесность и телесная осознанность	42
Телесность в отношениях между людьми	44
Телесность в психотерапии	46
Телесный интеллект	47
Нейробиология стресса и травмы	48
Нейробиология привязанности	57
Телесность и межличностная нейробиология	59
Влияние психологической травмы на здоровье	64
Нейробиология памяти и диссоциация	67
Нейронные сети и лечение психологических травм	72
Резюме	78

Глава 3. Семь принципов — терапии и телесно-ориентированной психотерапии для лечения психологической травмы	79
Принцип 1. Поэтапность	79
Принцип 2. Ориентация на осознанность	80
Принцип 3. Отсутствие интерпретаций	81
Принцип 4. Работа с переживаниями	82
Принцип 5. Учет отношений	85
Принцип 6. Акцент на сохранении контроля	86
Принцип 7. Сознательная устойчивость	90
Резюме	91
Часть 2. Психотерапевтические вмешательства	93
Глава 4. Психотерапевтические вмешательства для повышения телесной осознанности при лечении психологической травмы	95
Лексика телесно-ориентированной психотерапии	97
Наблюдательные навыки психотерапевта	99
Как повысить телесную осознанность	105
Осознание близости	108
Контейнирование соматического дистресса	110
Заземление	113
Осознание дыхания	118
Границы и тело	121
Выработка толерантности к аффекту и ощущениям	129
Переключение между состоянием дистресса и ресурсным состоянием	133
Постуральная осознанность	136
Запрос на основе ощущений для выработки цели	138
Картирование тела	139
Рассказ истории без слов	142
Привычная реакция на стресс	144
Определение целей на основе физических ощущений	146

Паттерны последовательной активации и соматический репаттернинг во время десенсибилизации	149
Телесные переплетения для переработки застревания	153
Переключение между внутренним и внешним осознанием	156
Телесная осознанность и интеграция	159
Резюме	163

Глава 5. Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство и травма привязанности 164

Симптомы комплексного посттравматического стрессового расстройства и психологическая травма привязанности	168
Вмешательства при комплексном посттравматическом стрессовом расстройстве и травме привязанности	168
Сбор анамнеза при комплексном посттравматическом стрессовом расстройстве и травме привязанности	170
Переработка стыда	177
Обеспечение безопасности тела	179
Работа с эго-состояниями и частями личности	183
Реляционные ресурсы	189
Создание команды союзников	195
Основные негативные когниции и идентичность	201
Определение целей при комплексном посттравматическом стрессовом расстройстве и травме привязанности	202
Определение цели при наследственной травме привязанности	206
Психобиологическая регуляция при десенсибилизации	209
Сценарий восстановления при комплексном посттравматическом стрессовом расстройстве и травме привязанности	214
Неполная десенсибилизация	218
Инсталляция при комплексном посттравматическом стрессовом расстройстве и травме привязанности	221
Интеграция и переоценка при комплексном посттравматическом стрессовом расстройстве и травме привязанности	222
Резюме	223

Глава 6. Хронические боли и болезни	224
Понимание боли	227
Вмешательства при хронической боли и заболеваниях	229
Сбор анамнеза при хронической боли и болезни	230
Этап подготовки и инсталляции ресурсов для хронической боли и болезни	233
Ментальные фильмы о самопомощи	234
Йога в EMDR-терапии	238
Сострадание к самому себе	246
Благодарность и здоровье	248
Фокусировка и прислушивание к боли	249
Этап оценки и определения цели для хронической боли и болезни	252
Негативные представления, связанные с хронической болью и болезнью	254
Вторичная выгода и убытки	256
Порядок целей, связанных с хронической болью и болезнью	259
Этап десенсибилизации при хронической боли и болезни	265
Осознанное движение	268
Работа с частями личности при хронической боли и болезни	269
Инсталляция, интеграция и переоценка при хронической боли и болезни	270
Резюме	272
Глава 7. Культурный контекст	273
Культурная компетентность в психотерапии	273
Телесная культура	276
Невербальные коммуникации в культурном контексте	278
Телесная культура в действии	281
Вмешательства в культурном контексте	285
Прошлое клиента в контексте культуры телесности	285
Этап подготовки в контексте телесной культуры	289

Поиск культурных союзников и защитников	290
Ментальный фильм о приливе сил	292
Определение целей в контексте телесной культуры	293
Негативные когниции в культурном контексте	295
Нарративный подход к поиску ресурсов и целей	296
Чередование переплетений для прилива сил во время десенсибилизации при переработке застреваний	301
Инсталляция, интеграция и переоценка в контексте телесной культуры	304
Резюме	305
Глава 8. Инструменты для самопомощи психотерапевта	306
Континуум эмоционального выгорания	307
Факторы риска возникновения выгорания	309
Признаки и симптомы выгорания	310
Вопросы к психотерапевту о личном стрессе	312
Самопомощь психотерапевта	313
Телесно-ориентированная самопомощь перед сессией	319
Телесно-ориентированная самопомощь по время сессии	321
Телесно-ориентированная самопомощь после сессии	324
Резюме	330
Перечень ресурсов	331
Списки	331
Инструменты для сбора анамнеза	331
Сценарии определения целей	332
Телесно-ориентированные техники для психотерапевтов	332
Библиография	333
Предметный указатель	349

ГЛАВА 3



Семь принципов – терапии и телесно-ориентированной психотерапии для лечения психологической травмы

Синтез EMDR-терапии и телесно-ориентированной психотерапии делает упор на телесную осознанность как на неотъемлемую часть лечения психологических травм, особенно при работе с нерегулируемыми эмоциями, диссоциативными симптомами и застрявшими процессами. Выделяют следующие семь принципов EMDR-терапии и телесно-ориентированной психотерапии для лечения психологических травм: поэтапность, осознанность, отсутствие интерпретаций, акцент на переживаниях, учет отношений, сохранение контроля и сознательная устойчивость.

ПРИНЦИП 1. ПОЭТАПНОСТЬ

В соответствии с традиционной EMDR-терапией, первым принципом этой интегрированной модели является поэтапность. Этапы лечения психологических травм были первоначально введены доктором Джудит Херман [*Herman, 1997*], чья работа лежит в основе большинства современных психотерапевтических методов лечения. Начальный этап большинства моделей лечения направлен на то, чтобы помочь клиентам развить чувство безопасности, стабильности, контроля и способности справляться с неприятными симптомами. Средние этапы лечения помогают клиентам переработать травмирующие воспоминания и оплакать связанные с ними потери. Более поздние этапы лечения психологических травм сосредоточены на том, чтобы помочь клиентам интегрировать свой

уникальный жизненный опыт в позитивное самоощущение и чувство надежды на будущее.

Этот синтез EMDR-терапии и телесно-ориентированной психотерапии лежит в основе восьмиэтапной модели Фрэнсин Шапиро [Shapiro, 2018]. Важно отметить, что этот поэтапный подход не обязательно является линейным. Например, при переработке психологической травмы клиенты могут перейти к этапу десенсибилизации и обнаружить необходимость вернуться на этап подготовки для большей стабилизации с помощью инсталляции ресурсов. В целом рекомендуется, чтобы психотерапевты ориентировались на клиента в отношении темпа переработки психологической травмы, поддерживая способность клиента противостоять тревожащему материалу, не перегружаясь.

ПРИНЦИП 2. ОРИЕНТАЦИЯ НА ОСОЗНАННОСТЬ

Второй принцип EMDR-терапии и телесно-ориентированной психотерапии заключается в обеспечении подхода к лечению психологических травм, основанного на осознанности. Осознанность определяется как осознание, сосредоточенное на текущем моменте с установкой на любознательность, непредвзятость, открытость и принятие. Использование осознанности в психотерапии широко исследовалось и связано со снижением импульсивности и повышением чувства самоконтроля у клиентов [Kabat-Zinn, 1990]. Эти практики укрепляют части мозга, отвечающие за рефлексивность, и снижают вероятность затопления эмоциями. Практики осознанности в EMDR-терапии развивают у клиента способность удерживать внимание и наблюдать за мыслями, ощущениями или чувствами, не слишком сильно отождествляя себя с ними. Вмешательства, повышающие осознанность в психотерапии, включают обучение клиентов упражнениям для повышения телесной осознанности, привлечению внимания к дыханию и предоставлению возможностей для сочувствия к себе. Осознанность в психотерапии требует замедления взаимодействий, чтобы они могли быть полностью испытаны как психотерапевтом, так и клиентом. Иногда для этого требуется осторожно попросить клиента сделать паузу на мгновение, чтобы действительно услышать

то, что было сказано. Психотерапевты могут стимулировать осознание с помощью таких утверждений, как “Сделайте паузу, чтобы прислушаться к своему телу”, и таких вопросов, как “Что вы чувствуете в данный момент?”

Упражнения для повышения осознанности могут помочь клиентам осознать, что неприятные переживания не требуют избегания или автоматических, привычных паттернов реактивности. Психотерапевты предлагают свое внимательное присутствие и приглашают клиента раскрыть свое внутреннее сознание, чтобы управлять процессом исцеления. Осознанность — это непростой навык, которому психотерапевты могут научить клиентов, но лучше всего он развивается, когда психотерапевты разрабатывают собственную практику осознанности. Упражнения для повышения личной осознанности усиливают качество присутствия, предлагаемое психотерапевтом. Другими словами, мы должны практиковать то, что проповедуем.

ПРИНЦИП 3. ОТСУТСТВИЕ ИНТЕРПРЕТАЦИЙ

Третий принцип EMDR-терапии и телесно-ориентированной психотерапии заключается в том, чтобы не интерпретировать ситуацию. Этот принцип побуждает психотерапевтов описывать то, что они видят, чувствуют или переживают, наблюдая за клиентом. Такие размышления просто позволяют клиентам найти собственную истину. Психотерапевты учатся наблюдать за языком тела клиента, не интерпретируя его значение для клиента. Кроме того, если клиент начинает рассказывать о своих ощущениях, психотерапевту не обязательно интерпретировать рассказ клиента как буквальную правду. В результате психотерапевты с меньшей вероятностью сделают вывод о нарративе при работе с довербальными соматическими целями.

Как отмечалось ранее, память не точна. Психотерапевту нужно работать только с сущностью переживаемого чувства, связанного с воспоминаниями. Психотерапевт просто ограничивается описанием того, что он наблюдает. Если слишком быстро перейти к интерпретации, можно найти тысячи различных значений чувственного восприятия. Ограничение описанием позволяет отвлечься от содержания воспоминаний и культивирует любознательность, чтобы привлечь больше

внимания к текущим переживаниям. Этот процесс позволяет психотерапевтам и клиентам работать с последствиями психологической травмы и не поддаваться соблазну углубиться в содержание воспоминаний. Если клиента охватывает неудержимое желание вспомнить все, то психотерапевт должен объяснить ему, что память подвержена ошибкам и искажениям. Если подробным воспоминаниям о травматическом событии придается слишком большое значение, они могут исказиться. Отсутствие интерпретаций позволяет клиенту следить за ощущениями, стремясь снизить субъективный уровень дистресса в настоящий момент, что в конечном итоге позволяет ему понять, что освобождение от дистресса возможно.

ПРИНЦИП 4. РАБОТА С ПЕРЕЖИВАНИЯМИ

Четвертый принцип EMDR-терапии и телесно-ориентированной психотерапии заключается в том, чтобы работать с переживаниями здесь и сейчас. Для психотерапевтов, которые имеют привычку сидеть неподвижно со своими клиентами, важно чувствовать себя комфортно, двигаясь по своему кабинету. Психотерапия может включать в себя преувеличение поз, копирование жестов, вставание или перемещение стульев для изучения различных вариантов рассадки. Такие действия побуждают клиентов развивать телесное осознание. Например, психотерапевт может указать на несоответствие тела и слов, например, когда клиент говорит: “Я в порядке”, но выглядит грустным.

Работа с переживаниями требует понимания и работы с невербальными коммуникациями в ходе психотерапии. Невербальные намеки и сигналы дополняют вербальное общение, обеспечивая точное взаимопонимание между психотерапевтом и клиентом. Вербальные обмены составляют лишь около 30–40% всего общения. Тем не менее, большинство методов лечения делают упор на когнитивные и нарративные вмешательства. Способность понимать невербальные сигналы иногда может обеспечить лучшее понимание отношений и эмоций клиентов, чем вербальное общение. Клиенту легче лгать или подвергать цензуре слова, чем манипулировать или фальсифицировать невербальное поведение. Например, клиент может говорить: “Я в порядке”, а тело все же сигнализирует, что клиент не в порядке. Вы можете заметить отсутствие

зрительного контакта, сжатие кулаков или позу, сигнализирующую о расстройстве.

Психотерапевты интегрируют невербальные коммуникации в психотерапию, повышая осведомленность о языке тела клиента с помощью упражнений, повышающих способность понимать переживания. Важно, чтобы интерпретация невербальной коммуникации клиента включала в себя открытый диалог с клиентом. Такой диалог включает в себя обмен наблюдениями о языке тела, вопросы о субъективных переживаниях клиента и учет контекстуальных факторов, таких как культура, этническая принадлежность и раса. Не менее важно для психотерапевтов повышать осведомленность о своих собственных невербальных коммуникациях. Самосознание способствует согласованности между вербальными выражениями и невербальным поведением и повышает доверие к консультанту. Клиенты склонны доверять невербальному поведению больше, чем вербальному общению, а язык тела чаще всего интерпретируется как проявление истинных чувств психотерапевта. Клиент обычно воспринимает таких психотерапевтов как более подготовленных, демонстрирующих более глубокое понимание и демонстрирующих искреннее сочувствие. Другими словами, психотерапевтам недостаточно говорить правильные вещи, если их эмоции и установки не совпадают. Например, психотерапевт, который испытывает дискомфорт с клиентом, может сесть подальше, скрестить руки на груди или выразить напряжение в тоне голоса, не осознавая этого. Клиент, который ощущает этот дискомфорт, может потерять доверие к психотерапевту или почувствовать, что продолжение переработки травматического материала небезопасно.

К невербальным коммуникациям относятся выражения лица, личная дистанция, движения или позы, а также вербальные сигналы, не связанные с речью. Невербальное общение часто разбивают на три подкатегории, называемые проксемикой, кинесикой и параязыком. Проксемика описывает индивидуальное восприятие и использование пространства. Здесь мы смотрим на то, сколько места человек занимает в кабинете физически и энергетически. Кроме того, мы исследуем социальное использование пространства, включая уровни комфорта с разной степенью расстояния. Как правило, в кабинетах психотерапевтов есть стулья и кушетки, установленные на заранее определенном расстоянии. Работая с переживаниями, психотерапевты

предлагают гибкие варианты расстановки стульев, которую можно легко изменять, чтобы исследовать психотерапевтический обмен, стоя или перемещаясь в пространстве. Например, если вы сидите лицом к лицу с клиентом, то это может вызвать конфронтацию с ним, в то время как сидение в стороне или под углом 90 градусов может создать большую непринужденность. Осведомленность о проксемике позволяет психотерапевтам более гибко реагировать на потребности отдельных клиентов и исследовать границы осознанности во время сессии.

Кинесика описывает язык тела, включая позы, жесты, выражение лица и длительность зрительного контакта. Эти формы языка тела, как правило, предоставляют ценную информацию об эмоциях человека. Эта информация должна быть изучена с любознательностью и признанием того, что на осознанность влияет культура. Например, использование зрительного контакта в разных культурах различается. Специалисты по телесно-ориентированной психотерапии исследуют позы и жесты, чтобы помочь клиентам углубить самосознание эмоций. Например, психотерапевт может заметить склонность клиента сжимать кулаки и без вынесения суждений помочь ему осознать этот жест. Мягко поощряя, психотерапевт, работающий с переживаниями клиента, побуждает его преувеличивать или повторять сжатие кулаков, наблюдая за любыми ассоциациями или эмоциональным тоном.

Параязык относится к неязыковым компонентам речи, связанным с вербальным общением, которое часто включает громкость голоса, темп, высоту тона, интенсивность, акцентирование, синхронизацию и использование пауз. Психотерапевты могут научиться интегрировать параязык, обращая внимание на содержание вербального общения и одновременно слушая, как произносятся слова. Например, психотерапевт может заметить, что голос клиента прерывается до того, как он закончит предложение, в качестве сигнала о сдвиге возбуждения или потенциальной диссоциации. Самосознание психотерапевта может включать распознавание дискомфорта, тенденцию заполнять паузы в общении или адаптацию темпа речевых взаимодействий, чтобы сознательно облегчить настройку на клиента. Используя инструменты для эмпирической работы с невербальным поведением, психотерапевты могут лучше помочь клиентам сохранять контроль во

время переработки психологической травмы в ходе EMDR-терапии. Настроенность психотерапевтов на соматические сигналы, особенно те, которые сигнализируют о дисрегуляции или диссоциации, позволяет им безопасно проводить клиентов через десенсибилизацию и переработку.

ПРИНЦИП 5. УЧЕТ ОТНОШЕНИЙ

Телесно-ориентированная психотерапия и EMDR-терапия осуществляются в контексте исцеляющих психотерапевтических отношений. Следовательно, пятый принцип заключается в признании того, что лечение психологической травмы зависит от отношений. Клиенты приносят на психотерапию свои ожидания относительно отношений, основанные на предыдущем опыте. Это особенно актуально при работе с ранними психологическими травмами, связанными с привязанностью. Клиенты могут воспринимать психотерапевта на основе своих проекций прошлых отношений. Иногда этот процесс вызывает динамику отношений с психотерапевтом, напоминающую болезненное прошлое. Психотерапевт может начать испытывать те же непреодолимые чувства, которые в первую очередь привели клиента на прием, давая психотерапевту возможность проникнуть в аффективные переживания и опыт отношений клиента. Например, клиент может сопротивляться чувству доверия благожелательному психотерапевту. Со временем у психотерапевта может развиться чувство разочарования или желание отвергнуть клиента. Если психотерапевты не осознают такие чувства, они, вероятно, воспроизведут элементы травматического прошлого клиентов. Психотерапевты также привносят в психотерапевтический процесс свои ожидания и историю своих отношений. Осознание своих физических ощущений дает ценную информацию о личном контрпереносе, который может мешать психотерапевтической эффективности.

Контрперенос также может проявляться в форме соматического резонанса, когда психотерапевт испытывает физические ощущения, аналогичные переживаниям клиента. Психотерапевт, не обладающий знаниями о том, как использовать соматический контрперенос на пользу клиенту, после сессии может чувствовать себя застрявшим в эмоциях и ощущениях, что со временем может способствовать

выгоранию или усталости от сострадания. Акцент на осознанности в EMDR-терапии обучает психотерапевта тому, как использовать личную телесную осознанность для восстановления разорванных психотерапевтических отношений. Реляционный подход к психотерапии признает, что разрывы являются важной частью процесса, поскольку эти моменты дают возможность облегчить восстановление доверительных отношений и укрепить доверие к способности клиента справиться со стрессовыми отношениями. Этот процесс помогает клиентам формировать новые ожидания от отношений, которые можно обобщить на значимые связи.

Работа в реляционной манере также требует пристального внимания к границам психотерапевтических отношений. Границы — это пределы, которые помогают определить себя. Клиенты, которые в детстве переживали постоянные психологические травмы, связанные с нарушением их границ, как правило, испытывают большие трудности с поддержанием чувства собственного достоинства. Им бывает трудно доверять людям и прислушиваться к своим собственным потребностям, и в результате им трудно принимать решения. Их границы, как правило, менее адаптивны к окружающей среде, что приводит к склонности устанавливать чрезмерно строгие или недостаточно строгие границы. Осознание границ особенно важно при проведении EMDR-терапии из-за того, что психотерапевт и клиент должны сидеть близко друг к другу, а работа часто сопровождается движениями глаз, использованием пульсометров или постукиванием. Четвертый принцип работы с переживаниями позволяет психотерапевту и клиенту исследовать границы во время сессии, наблюдая ежеминутные изменения в регуляции аффекта и возбуждения.

ПРИНЦИП 6. АКЦЕНТ НА СОХРАНЕНИИ КОНТРОЛЯ

Шестой принцип синтеза EMDR-терапии и телесно-ориентированной психотерапии — это акцент на сохранении контроля. Специалисты, применяющие телесно-ориентированную психотерапию, работают в пределах того, что Дэн Сигел [*Siegel, 1999*] называет “окном толерантности”. Это понятие относится к оптимальной зоне возбуждения нервной системы, в которой клиенты могут эффективно реагировать на свои эмоции. Находясь выше своего окна

толерантности, клиенты могут испытывать чрезмерное возбуждение от эмоций беспокойства, страха или паники. Эти эмоции могут проявляться как оборонительные, злобные или взволнованные.

С другой стороны, находясь ниже окна терпимости, клиенты могут чувствовать себя замкнутыми, оцепеневшими, изолированными, утомленными или подавленными. У них могут быть плохие границы или чувство беспомощности. Людям с посттравматическим стрессовым расстройством свойственно чередовать две крайности или чувствовать себя застрявшими то на одной, то на другой стороне. Психотерапевтические вмешательства, ориентированные на сохранение контроля, направлены на то, чтобы помочь клиенту справиться с травмирующими воспоминаниями, не перегружаясь и не закрываясь в процессе лечения.

Первоначально психотерапевты могут обеспечить внешнее реляционное регулирование, чтобы удерживать клиента в окне толерантности. Психотерапевт может сознательно использовать психотерапевтические отношения в качестве регулирующего вмешательства, используя зрительный контакт, тон голоса и расстановку стульев. Информация о нейрофизиологии психологической травмы и поливагальная теория предоставляют психотерапевтам инструменты для воздействия на социальную нервную систему клиента. Это включает в себя работу, ориентированную на текущий момент, тщательное отслеживание состояний нервной системы клиента и помощь клиентам в лучшем осознании сдвигов возбуждения и аффекта. В конце концов, благодаря этому процессу клиент изучает более совершенные инструменты для самоконтроля. Цель состоит в том, чтобы помочь клиенту со временем переносить возрастающее количество эмоций, ощущений и возбуждения. В конечном итоге этот процесс помогает расширить диапазон допустимых значений.

Как уже говорилось, эффективное лечение психологических травм включает в себя баланс между регулирующей функцией механизма нисходящей переработки информации и функцией доступа механизма восходящей переработки информации [Grant, 2016; Lanius & Paulsen, 2014; Ogden & Minton, 2014; Paulsen & Lanius, 2009; van der Kolk, 2003]. Примеры нисходящих вмешательств включают психобразование, осознанность, выявление негативных и позитивных когниций, а также инсталляцию ресурсов. Напротив, восходящая

переработка задействует нижние центры мозга в лимбической системе и стволе мозга, чтобы помочь клиенту получить доступ к эмоциональным и сенсорным компонентам травматического материала. Вмешательства восходящей переработки сосредотачиваются на ощущениях тела, двигательных импульсах и эмоциях, которые сопровождают травматические воспоминания в медленной, осознанной манере. Такая переработка дает клиентам возможность завершить последовательности движений, которые могли быть ограничены во время травматического события, позволяя высвободить физиологическую активацию посредством тряски, дрожи, плача или возможности избавиться от неприятных эмоций. В некоторых случаях этот процесс дает клиенту возможность испытать удовлетворение от полного последовательного разрешения психологической травмы в теле, что позволяет переработать травматическое событие и снять напряжение с тела. Иногда восходящая переработка может помочь справиться с чрезмерным возбуждением, сосредоточившись исключительно на ощущениях, воспринимаемых в настоящий момент. Этого можно добиться, попросив клиента указать содержание травматического материала, включая любые образы или повествовательные компоненты. Однако восходящее вмешательство может также привести к тому, что некоторые клиенты будут перегружены или затоплены эмоциями [Lanius & Paulsen, 2014]. Нисходящие вмешательства, такие как восстановление двойного сознания, посредством упражнений на повышение осознанности или когнитивных переплетений, могут замедлить переработку и обеспечить большую регуляцию во время переработки психологической травмы. В целом, укрепление связи между верхними и нижними мозговыми центрами снижает активацию из-за нарушений регуляции состояний возбуждения, позволяя клиентам разрабатывать связные рассказы о травматических переживаниях.

Восстановление двойного сознания во время переработки психологической травмы необходимо, если клиент чувствует себя затопленным эмоциями. Двойное сознание требует, чтобы клиент осознавал переживания настоящего момента, одновременно обращаясь к воспоминаниям, связанным с травмирующим событием. Обычно это включает вовлечение префронтальной коры в качестве регулирующего фактора во время переработки психологической травмы. Ротшильд [Rothschild, 2000, 2010] предполагает, что затопление эмоциями

возникает, когда клиенты переполняются interoцептивными ощущениями и теряют способность уточнять свое восприятие настоящего момента с помощью экстероцептивного осознания. Например, клиента, переживающего воспоминание, могут одолеть панические ощущения, такие как учащение пульса, тошнота, изменение температуры тела или сухость во рту. Клиент больше не опирается на внешние признаки безопасности. Если в этот момент попросить клиента обратить внимание на свои пять чувств, то это поможет ему восстановить двойное сознание, ориентируясь на безопасность здесь и сейчас. Двойное внимание устанавливается за счет активации префронтальной коры, а затем может поддерживаться путем чередования ориентации во внешней среде и размышлений о травмирующем прошлом в течение коротких периодов времени, чтобы уменьшить затопление эмоциями от interoцептивного осознания.

Чтобы поддержать принцип лечения психологических травм, ориентированного на охранение контроля, используются вмешательства в виде переключения и титрования, помогающие клиентам выработать толерантность к неприятным ощущениям или аффектам. Титрование предлагает клиенту испытать небольшое количество дистресса в допустимых количествах, что позволяет справиться с напряжением. Если клиенты слишком быстро подвергаются воздействию чрезмерно большого количества травматического материала, они рискуют оказаться затопленными эмоциями, подавленными и повторно травмированными. Это также подвергает их большому риску закрытия и диссоциации. Переключение достигается чередованием внимания между чувствами безопасности и бедствия, ощущаемыми в теле. Психотерапевты помогают клиентам справляться с состояниями гипервозбуждения или гиповозбуждения, закрепляя осознанность тела, используя техники заземления и работая с дыханием, чтобы повысить толерантность к дисрегуляции эмоций. Важно отметить, что психотерапевты сосредотачиваются на том, чтобы помочь клиентам развить понимание слабых признаков дисрегуляции. Например, ранним признаком дистресса может быть чувство беспокойства, задержка дыхания или напряжение в шейных мышцах. Клиенты, способные распознавать небольшие изменения в теле, могут лучше задействовать свои собственные ресурсы, прежде чем они будут подавлены или диссоциированы. Если клиент выходит из своего окна толерантности,

специалисты, применяющие телесно-ориентированную психотерапию, могут побудить клиента отбросить содержание травматического материала и сосредоточиться исключительно на регуляции тела посредством осознания ощущений и осознанных движений [Ogden & Minton, 2014]. Например, психотерапевт может попросить клиента осознанно двигать руками и ногами, прижать ступни к полу, встать и походить по кабинету, слегка изменить позу или озвучить свои ощущения. Важно правильно применять второй принцип EMDR-терапии, ориентацию на осознанность, и медленно исследовать все последовательности движений. Это поможет развить осознанность и избежать подавления или повторной психологической травмы. Акцент на телесных переживаниях текущего момента может оказаться недостаточным для десенсибилизации травматических воспоминаний. Таким образом, как только клиент стабилизируется и вернется в пределы своего окна толерантности, возврат к традиционной или модифицированной десенсибилизации может позволить полностью переработать травматический материал.

ПРИНЦИП 7. СОЗНАТЕЛЬНАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ

Все методы лечения психологических травм предполагают, что клиенты способны сохранять устойчивость, несмотря на травматический анамнез. Устойчивость относится к способности человека хорошо адаптироваться и даже укрепляться в невзгодах. Например, многие люди с травматическим прошлым сообщают, что у них укрепилась приверженность целеустремленному и решительному проживанию жизненного пути. Исследования показывают, что устойчивость связана с осознанием того, что даже трудный жизненный опыт может привести к положительному росту [Duke et al, 2008; Maddi, 2013]. В рамках EMDR-терапии адаптивная переработка информации определяется как присущая мозгу способность к излечению при достаточной поддержке. Адаптивная переработка информации является примером врожденной устойчивости, которая дает возможность учиться и расти всем людям. Точно так же телесно-ориентированная психотерапия подчеркивает врожденную мудрость тела как источник естественной устойчивости. Например, при наличии возможности напряжение, связанное с травмирующими событиями, высвобождает

руки и ноги в виде тряски или дрожи. Телесно-ориентированная психотерапия задействует эту внутреннюю исцеляющую способность, предлагая клиентам наблюдать за ощущениями и следовать импульсам движений. Важно отметить, что этот последний принцип EMDR-терапии и телесно-ориентированной психотерапии лежит в основе нашей работы. Мы убеждены в том, что наши клиенты способны добиться хорошего самочувствия, если им оказывается психотерапевтическая поддержка, основанная на исследованиях и оказываемая с состраданием.

РЕЗЮМЕ

Как будет показано в главе 4, семь принципов EMDR-терапии и телесно-ориентированной психотерапии для лечения психологических травм становятся основой для вмешательств, направленных на повышение осознанности в лечении. Такие вмешательства помогают клиентам ощущать и чувствовать тело, осваивать навыки расслабления и заземления, работать с травмирующими воспоминаниями безопасным и контролируемым образом, а также способствуют прочной интеграции.