



ГЛАВА 1

Групповая терапия межличностного насилия

Сегодня, спустя 26 лет после выхода культовой книги Джудит Герман «Травма и исцеление», расширилось всеобщее понимание влияния травмирующих и насильственных событий на мозг, на ребенка, на отношения, здоровье, общество. Благодаря исследованиям неблагоприятного детского опыта (Felitti et al., 1998), проведенным компанией «Кайзер Перманенте» (англ. Kaiser-Permanente) в сотрудничестве с Центром по контролю и профилактике заболеваний (англ. Centers for Disease Control and Prevention), признание влияния межличностных травм было перенесено из закрытой сферы психиатрии в сферу медицины, общественного здравоохранения и общества в целом. Сведения о насилии, жертвами которого становятся разные люди — от студентов до ветеранов войн, — лицом к лицу сталкивают нас с фактом распространенности межличностного насилия и также привлекают внимание к неспособности государства остановить это насилие, что только его усугубляет (Armeni, 2014; Sinozich & Langton, 2014).

В книге «Травма и исцеление» сформулирована концепция комплексного посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) как реакции и способа адаптации к длительному, повторяющемуся насилию, особенно в тех случаях, когда субъект

испытывает его с детства. Комплексное ПТСР характеризуется триадой симптомов: соматизация, диссоциация и эмоциональная дисрегуляция (van der Kolk et al., 1996). Это хроническое, часто не поддающееся терапии расстройство приводит к значительным функциональным нарушениям (Courtois & Ford, 2009). Длительное межличностное насилие особенно губительно для жертвы, поскольку вызывает социальную дезорганизацию и дезадаптацию (Sewell & Williams, 2001). Люди, неоднократно пережившие травмирующий опыт, испытывают сложности: нестабильные отношения, неспособность чувствовать привязанность, склонность к повторной виктимности, о чем говорят проведенные исследования (Brown, 2009; Brown, Kallivayalil, & Harvey, 2012; Classen, Palesh, & Aggarwal, 2005; Liotti, 2004). Вновь и вновь испытываемая травма одновременно причиняет жертве эмоциональные страдания и лишает способности с ними справиться. Межличностное насилие ограничивает возможность обратиться за поддержкой к обществу, так как провоцирует недоверие к другим, разбивает вдребезги веру в безопасность мира (Charuvastra & Cloitre, 2008). Кроме того, классические проявления ПТСР — избегание и раздражительность — мешают строить отношения, основанные на взаимной поддержке (Briere & Rickards, 2007; Cloitre, Miranda, Stovall-McClough, & Han, 2005; van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday, & Spinazzola, 2005).

Психотерапия (опыт, который потенциально способен исцелить) показана людям, испытавшим серьезные и сложные психические травмы (Cloitre et al., 2012). Для выздоровления нужно не только убрать симптомы, но и повысить способность к эмоциональной саморегуляции и укреплению межличностных отношений. Длительная индивидуальная психотерапия — основа лечения, однако неравная расстановка сил между пациентом и терапевтом может создать определенные ограничения. Так, опыт постоянного подчинения более сильной личности и унижений с ее стороны глубоко влияет на все дальнейшие отношения жертвы с другими людьми, в том

числе с психотерапевтом. При этом групповая терапия дает пережившим насилие возможность противостоять прошлому опыту подчинения более сильному человеку и стать равным среди похожих, дабы побороть социальную отчужденность, страх, стыд, развить чувство привязанности и общности, найти источник самоуважения и уверенности в себе, вновь ощутить в себе силы строить отношения. Одним словом, вернуть все то, что разрушил травмирующий опыт.

Существуют весомые доказательства того, что групповая терапия помогает бороться с разнообразными проявлениями ПТСР, которые влияют на самовосприятие, настроение, повседневную жизнь жертвы (Foy et al., 2000; Shea, McDevitt-Murphy, Ready, & Schnurr, 2009). Важность групповой терапии отмечена в рекомендациях консенсуса экспертов Международного общества по изучению травматического стресса. В шести из девяти исследований, цитируемых в руководстве Общества о передовых практиках лечения комплексного ПТСР, применяется групповая терапия: в одном случае — в сочетании с индивидуальной терапией, в другом — в сочетании с ведением индивидуального клинического случая (Cloitre et al., 2012).

В этом руководстве говорится об ограниченной по времени групповой терапии, информационной группе для переживших психическую травму (ИГ). Модель такой группы была разработана в начале 1990-х годов в рамках программы «Жертвы насилия» для амбулаторного лечения пациентов с комплексной травмой на базе Кембриджского альянса здравоохранения. С того времени было проведено более 60 групп, в которых приняли участие 500 пациентов, переживших травматический опыт. Исследования, проведенные в нашей клинике, показали, что большинство участников ИГ добились значительных успехов в преодолении депрессии, последствий посттравматического стресса и диссоциации и в повышении самооценки (Mendelsohn et al., 2011).

Групповая модель ИГ применялась в разных схемах лечения и оказалась весьма надежной и гибкой на раннем этапе лечения ПТСР. Уникальность такой групповой терапии в том, что она сочетает в себе заземляющую, психообразовательную и когнитивную работу и тщательно выстраиваемые взаимоотношения поддержки между участниками, что особенно релевантно на раннем этапе терапии травмы. Как и в некоторых других моделях групповой терапии, в ИГ используются рабочие листы с информацией о травме и лечении, позволяющие структурировать работу в группе, а также домашние задания, помогающие пациентам углубить понимание травмы и сформировать новые навыки ее преодоления. Настоящее руководство дает ведущему группы конкретные инструкции, как раскрыть уникальный исцеляющий потенциал группы, избавляющий жертв от стыда и дающий чувство общности, которое возникает во время общения с людьми, пережившими схожий опыт. Именно поэтому мы считаем, что настоящее руководство по ИГ станет уникальным и ценным вкладом в лечение ПТСР, а также единственной доступной и гибкой моделью для терапии психических травм при самых разных схемах лечения.

ИНФОРМАЦИОННАЯ ГРУППА ДЛЯ ПЕРЕЖИВШИХ ПСИХИЧЕСКУЮ ТРАВМУ

Концептуальные рамки ИГ разработаны на основе поэтапной модели терапии комплексной психической травмы, изложенной в книге Джудит Герман «Травма и исцеление». Поэтапная модель, широко распространенная и признанная метамоделю терапии психических травм, включена в рекомендации консенсуса экспертов Международного общества

по изучению травматического стресса (Cloitre et al., 2012). В отличие от моделей, в которых терапия начинается непосредственно с рассказа о пережитой травме, поэтапная модель ориентирована на обеспечение безопасности для пациента на первом этапе процесса лечения. Как индивидуальные, так и групповые интервенции на этом этапе имеют своей целью преодоление симптомов, стабилизацию и обучение элементарной заботе о себе. Терапия направлена на заботу о физическом здоровье (нормализация сна и питания, управление навязчивыми симптомами ПТСР, борьба со склонностью к самоповреждению), на условия жизни (безопасное место проживания, постоянная работа, финансовая стабильность) и выстраивание безопасных межличностных отношений (получение доверительной поддержки со стороны общества, развитие взаимных, бескорыстных отношений). Ранний этап психотерапии часто становится самым сложным и длительным.

Аргумент в пользу поэтапной модели лечения — то, что без установления безопасных условий в настоящем исследование травмирующего прошлого становится для пациента повторным переживанием травмы. Только почувствовав себя в безопасности, он оказывается способен со стороны взглянуть на перенесенную травму, а не пережить ее еще раз. На втором этапе задача терапии заключается в планомерном глубоком изучении и проработке травмирующих воспоминаний, с тем чтобы они стали частью связной и сложной истории жизни пациента. По завершении второго этапа пациент может представить себе картину будущего — заикленность на прошлом естественным путем уступает место желанию построить новую жизнь. Таким образом, третий этап лечения включает в себя воссоединение человека, пережившего травму, с обществом (Herman, 1992/2015).

На первом этапе целями групповой терапии становятся безопасность, стабильность и самопомощь. Группа ориентирована на настоящее, в процесс работы обычно вовлечен образовательный элемент, и на сессиях не рекомендуется подробно описы-

вать перенесенную травму, чтобы не пошатнуть психическое равновесие других участниц (Harney & Harvey, 1999). Модель ИГ — это именно модель первого этапа терапии. Задачи участниц группы — лучше управлять состояниями крайнего возбуждения, регулировать поведение избегания, которое появилось вследствие травмы, глубже понять ее последствия, укрепить ощущение собственной силы, обрести чувство поддержки в кругу таких же пациентов (Courtois, Ford, & Cloitre, 2009). Направленность ИГ на проблемы ранней терапии, относительно небольшое количество сессий (10–14), сочетание четкой структуры, образовательной и когнитивной составляющих, а также поддержка и сочувствие, которые участницы получают в группе, делают ее идеальной моделью для «начинающих» пациентов, которые только встают на путь лечения.

Сочетание индивидуальной и групповой терапии часто показывает высокую эффективность, однако мы выяснили, что индивидуальная терапия — необязательное условие для участия в ИГ. С течением лет ИГ была адаптирована для использования в различных сценариях терапии, в том числе в стационаре, программе консультирования геев и лесбиянок, кризисном центре для жертв изнасилования и программе поддержки психического здоровья латиноамериканского населения — для этого рабочие листы были переведены на испанский язык и скорректированы с учетом психической травмы в результате маргинализации и процесса адаптации в новой стране. Не так давно ИГ была приспособлена для коренных жителей Канады, проживающих в сельской местности; для рабочих-иммигрантов, чаще всего нелегальных, которые извлекали останки погибших на месте трагедии 11 сентября; для женщин с ВИЧ/СПИД, многие из которых пережили тяжелую психическую травму. Рабочие листы можно дополнять и сокращать, специалисты-медики могут разработать дополнительные рабочие листы для своего контингента пациентов (см. главу 6).

Модель ИГ создавалась для пациенток, которые слабо представляют, как травмирующие события повлияли на их жизнь.

Для участия в этой группе подойдут те, кто только начинает осознавать связь между своим травмирующим прошлым и поведенческими паттернами в настоящем, а также те, чья жизнь проходит в социальной изоляции. Многие участницы ИГ никогда и никому не рассказывали о своем травмирующем опыте или делились им только с близкими людьми, которые преуменьшали, отрицали или не признавали значимость травмы. Для многих наши собрания — первый случай, когда кто-то признал серьезность и пагубное влияние их травмы. Здесь пациенты впервые осознают, что не повинны в жестокости, с которой столкнулись.

У ИГ обманчиво простая структура, выполняющая на деле множество комплексных функций. Многие методы терапии на первом этапе лечения имеют когнитивную и психообразовательную направленность, как и ИГ, однако в ИГ важны *межличностные* взаимоотношения в контексте группы («групповой характер группы») — это не лекции по психической травме и ее лечению, не когнитивно-поведенческая терапия в группе. Участницам группы предлагают поделиться тем, как травма повлияла на них, и этот устный обмен опытом помогает им развить чувство общности, избавиться от стыда. Структура курса рассчитана на то, чтобы стимулировать общение между участницами, при этом без большого количества подробностей о пережитом опыте, а также укрепить чувство принадлежности и улучшить понимание влияния травмы. Таким образом, группа позволяет начать процесс восстановления, при этом ее участницы чувствуют себя в безопасности.

Как правило группа состоит из 6–10 участниц, и в идеале ее ведут два специалиста. Продолжительность курса 10–14 недель с еженедельными часовыми собраниями. Небольшая длительность объясняется тем, что цель сессии — уменьшить последствия психической травмы, а не углубиться в обсуждение ее мельчайших деталей. Более подробно структуру собраний ИГ мы рассмотрим в главе 2. Модификации обычной структуры приведены в главе 6.

Во время каждого собрания обсуждается определенная тема, имеющая отношение к психической травме, например безопасность и самопомощь, доверие, гнев, воспоминания, стыд. Рабочие листы по этим темам помогают участницам структурировать базовые знания, увидеть влияние травмы на их текущую жизнь. Сначала идут темы, которые способствуют установлению доверия и понимания в группе, а затем более непростые для обсуждения темы.

Большинство пациентов программы «Жертвы насилия» пережили психическую травму в детском возрасте. Поэтому наши рабочие листы обычно начинаются с описания оптимального процесса развития ребенка в благоприятной и безопасной среде. Далее объясняется, как детская психическая травма влияет на процесс развития ребенка. Каждый рабочий лист рассказывает о различных эмоциональных, когнитивных и поведенческих способах преодоления травмы, которые, возможно, были приемлемы в определенный момент, но впоследствии причинили человеку немало вреда. Так, на собрании на тему доверия некоторые говорят о том, что с детства научились никому не доверять. Может случиться, что одна из участниц расскажет, как всю жизнь считала, что люди причинят ей боль, и поэтому никого не впускала в свою жизнь. Затем она может поделиться тем, как ей трудно доверять другим, и рассказать о том, как ее прошлое влияет на настоящее, таким образом заставив участниц группы задуматься о том, как непросто расстаться с прошлым.

Ведущая читает вслух по одному-два абзаца из рабочего листа, затем участницы могут обсудить услышанное, рассказать о похожих наблюдениях из собственной жизни. Ведущие демонстрируют на своем примере участливую ответную реакцию и поощряют сочувствие и понимание внутри группы. Участницы часто отмечают, какое облегчение приносит эта система, поскольку благодаря ей многие переживания, которые они считают особенно мучительными, теперь объяснимы

как последствия психической травмы, а не как признак их неполноценности.

Групповые сессии фокусируются на последствиях психической травмы, а не на подробностях травмирующего опыта участниц, что помогает регулировать аффект. Таким образом процесс преодоления последствий травмы становится легко контролируемым. Кроме того, участницы группы учатся рассказывать о своем травматическом опыте, не раскрывая всех подробностей пережитой травмы. Это само по себе часто очень важный межличностный навык для людей, переживших психическую травму, поскольку им может казаться, что они должны либо скрывать свою историю, либо подробно рассказывать о ней всем подряд.

Видя, как другие борются с последствиями травмы и преодолевают их, участницы уже не чувствуют себя столь одинокими. Они помогают друг другу, и это дарит им чувство значимости и гордости. Проявляя сострадание и сопереживание к другим, они учатся сопереживать самим себе.

«ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ БАЗА»

Исследования в целом подтверждают эффективность групповой терапии для пациентов с ПТСР, но не говорят в пользу одной конкретной модели группы. Фой и коллеги (2000), проведя всесторонний анализ эмпирических исследований, обнаружили, что групповая психотерапия связана с положительными результатами по целому ряду симптомов, независимо от подхода или модели лечения. Было отмечено снижение симптомов ПТСР, диссоциации, общего дистресса, а также повышение самооценки. В аналогичном более недавнем анализе (Fritch and Lynch, 2008) было отмечено, что результаты многих исследований свидетельствуют об улучшении показателей межличностного взаимодействия, а также об уменьшении симптомов. К различным методам группового лечения ПТСР