

Л.А. Пергаменщик, Н.Л. Пузыревич

КРИЗИСНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО



ПРАКТИКУМ

РЕПОЗИТОРИЙ БГПУ

УДК 159.99(075.8)

ББК 88.4я73

П267



Печатается по решению редакционно-издательского совета БГПУ

Рецензенты:

кандидат психологических наук, доцент, заведующий кафедрой общей и детской психологии БГПУ *О.В. Легань*

доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой психологии и педагогики Академии МВЛАН *И.Паскушеник*

Пергаменшик, Л.А.

П267

Кризисное вмешательство : практикум / Л.А. Пергаменшик, Н.Л. Пузыревич. – 2-е изд., перераб. и доп. – Минск : БГПУ, 2012. – 140 с.

ISBN 978-985-501-991-7.

В издании содержатся материалы для проведения лабораторных занятий по курсу «Кризисная психология», даны определения основных понятий, психодиагностич. и инструментарий для минимизации последствий кризиса, рассматриваются формы психологической помощи. Структура практикума позволяет организовать как соответствующие направления работы психолога, так и самообразование, самопомощь людей, находящихся в стрессовых ситуациях.

Адресуется студентам высших учебных заведений, обучающимся по специальности 1-23 01 04 Психология, специализации 1-23 01 04 02 Социальная психология, 1-23 01 04 04 Педагогическая психология, 1-23 01 04 06 Психология семейных отношений, 1-23 01 04 10 Психология предпринимательской деятельности.

УДК 159.99(075.8)

ББК 88.4я73

ISBN 978-985-501-991-7

© Пергаменшик Л.А.,
Пузыревич Н.Л., 2012
© БГПУ, 2012

солнечное сплетение (ниже грудной клетки над пупком). Слегка приподнимите ладонь, чтобы она не касалась Вас. Приподнимается ли при вдохе область солнечного сплетения? Если нет, то Ваш вдох недостаточно глубок, потому что Вы заполняете воздухом только верхнюю часть легких, расположенную в грудной клетке. Дайте воздуху войти в брюшную полость, чтобы Вы почувствовали даже рукой, как выпятился живот. Это верный признак наполнения нижней части легких.

Следующий этап брюшного дыхания: расслабьте брюшную стенку и выпустите воздух из легких почти без усилия. Когда Вы делаете вдох, Ваши легкие подобны надутому шарик. Напряжением мышц Вы удерживаете воздух в легких, – как если бы зажав отверстие шарика, Вы не дали ему сдуться. На выдохе просто сбросьте напряжение мышц, словно выпуская шарик из пальцев, и дайте воздуху свободно выйти.

При естественном дыхании плечи слегка приподнимаются на вдохе и опускаются на выдохе. При выдохе через рот также слегка опускается нижняя челюсть. Но если Вы напряжены, челюсть у Вас останется сжатой, а плечи на выдохе не опустятся. Выполните упражнение несколько раз». Обсуждение.

Упражнение «Мои ресурсы». Ведущий просит каждого участника составить список способов преодоления ситуации потери. Выполняется индивидуально. Затем ведущий записывает все перечисленные участниками группы способы совладания на доске. Коллективно обсуждаются эффективные и неэффективные способы преодоления.

Ритуал прощания.

Занятие 10.

Цель – подведение итогов работы группы.

Рефлексия прошедшего занятия и подведение итогов работы группы.

Лабораторное занятие 11

МЕТОД ДЕСЕНСИБИЛИЗАЦИИ И ПЕРЕРАБОТКИ ТРАВМЫ ДВИЖЕНИЯМИ ГЛАЗ (ДПДГ) Ф. ШАПИРО

Материалы для лабораторного занятия

Методика Ф. Шапиро [30] используется на хронической стадии ПТС, когда негативное воздействие события можно попытаться устранить с помощью движения глаз (eye movement desensitization). По данным Shapiro, с помощью этой методики можно уменьшить напряженность, прекратить навязчивые мысли (flashbacks) и устранить нарушения сна.

Стандартная процедура ДПДГ включает восемь стадий:

1. Оценка факторов безопасности клиента, изучение его истории болезни и планирование психотерапии.

Основной критерий отбора клиентов для ДПДГ – их способность справляться с высоким уровнем беспокойства, которое может возникать во время сеанса при переработке воспоминаний о травме, а иногда и между психотерапевтическими сессиями. Поэтому важно правильно оценить личностную устойчивость клиента и уровень возможного эмоционального дискомфорта, который могут принести неблагоприятные жизненные обстоятельства.

Четыре основные цели воздействия для ДПДГ:

- 1) воспоминания о действительно произошедшем травмирующем событии;
- 2) любые другие тягостные навязчивые воспоминания, даже если они отличаются от реально произошедших событий;
- 3) кошмарные сновидения;
- 4) различные внешние или внутренние раздражители, которые напоминают о травме и вызывают связанные с ней эмоции, чувства, мысли и поведенческие реакции (например, звуки, похожие на выстрел, и т.п.).

Для полноценного разрешения травматических переживаний и достижения стабильного клинического эффекта в качестве цели поочередно избирается каждый из четырех вышеперечисленных элементов.

2. Подготовка.

Стадия подготовки предполагает установление продуктивных терапевтических отношений с клиентом и создание атмосферы безопасности и доверия. Необходимо четко разъяснить клиенту смысл ДПДГ-терапии. На этой же стадии определяется способность клиента *выполнять* движения глаз, определить наиболее комфортные движения для конкретного клиента.

Задача психотерапевта – вызывать у клиента движения глаз от одного края визуального поля до другого. Такие полные двухсторонние движения выполняются с максимальной возможной скоростью, но при этом следует избегать чувства дискомфорта. Обычно два пальца руки психотерапевта используются как точка фокусировки взгляда клиента. При этом психотерапевт держит пальцы вертикально, с ладонью, обращенной к клиенту, на расстоянии 30 – 35 см от его лица. Далее пальцы начинают медленно, а затем все быстрее двигаться горизонтально от правого края визуального поля до левого, указывая клиенту направление движений глаз. Таким образом, подбирают оптимальную скорость движения, расстояние до пальцев, высоту, на которой держится рука, и т.п.

Обычно в ходе ДПДГ-терапии применяются серии, состоящие из 24 циклов движений глаз (туда и обратно – 1 цикл); в зависимости от конкретной реакции клиента и скорости переработки травматического материала серии могут быть увеличены до 36 циклов, а при возникновении эмоционального отреагирования – еще больше.

Для снижения уровня беспокойства перед началом переработки, во время и между сеансами полезно **ОБУЧИТЬ КЛИЕНТА ТЕХНИКЕ**

«**БЕЗОПАСНОЕ МЕСТО**». Ему предлагают вспомнить ситуацию, где он чувствовал себя спокойно, в полной безопасности. При этом важно сосредоточиться на образе безопасного места, почувствовать возникающие при этом позитивные эмоции и приятные физические ощущения. Психотерапевт суггестивными техниками способствует усилению воображаемых образов, чувства комфорта и душевного покоя. Кроме того, положительная реакция клиента усиливается, если на фоне погружения в приятные воспоминания он совершит от 4 до 6 серий движений глаз. Можно предложить клиенту назвать ключевые слова, подходящие к образу безопасного места (деревья, озеро, запах леса, покой и т.п.), и повторять их про себя, соединяя с соответствующими картинками, звуками и ощущениями.

На стадии подготовки клиенту объясняют, что во время сеанса он будет контролировать все происходящее и в любой момент сможет остановить процедуру, приподняв руку или подав другой условный сигнал психотерапевту.

В дальнейшем психотерапевт начинает каждый сеанс с оценки состояния клиента и анализа достигнутых результатов, а затем переходит сразу к третьей стадии.

3. Определение предмета воздействия. На этой стадии психотерапевт определяет цель воздействия. При лечении больных с ПТСР вначале это будут реальные травмирующие события (боевые действия, катастрофы и т.д.), затем переработке подвергаются навязчивые мысли и другие негативные воспоминания, кошмарные сновидения и любые факторы, оживляющие болезненные переживания прошлого.

После идентификации связанного с травмой конкретного воспоминания клиенту предлагают избрать образ, который лучше всего соответствует этому образу (отражает наиболее неприятную часть произошедшего события). Затем выявляются снижающие самооценку убеждения клиента по поводу травмирующего инцидента. Его просят выразить словами те неприятные, болезненные представления о себе, которые в настоящее время соответствуют хранящейся в памяти информации о психической травме. Высказывать такое негативное убеждение о себе (*отрицательное самопредставление*) клиент должен в настоящем времени, с использованием местоимения «я». Примеры отрицательных самопредставлений: «Я плохой человек»; «Я не заслуживаю уважения»; «Я не могу доверять самому себе»; «Я делал что-то плохое»; «Я заслуживаю смерти»; «Я ничтожество» и т.п.

Следующий шаг – определение желаемого *положительного самопредставления*, т.е. более уместного, конструктивного представления, которое хотел бы иметь клиент в настоящий момент, когда он вспоминает о травмирующей ситуации. Например: «Я хорош такой, как я есть»; «Я заслуживаю уважения»; «Я могу доверять самому себе»; «Я контролирую себя»; «Я сделал лучшее, что мог»; «Я могу справиться с этим» и т.п.

Позитивное представление позднее используется для замены отрицательного представления на пятой стадии – инсталляции. Введение положительного самопредставления стимулирует когнитивное

переструктурирование (переоценку) клиентом травмирующих событий и облегчает формирование более адекватного к ним отношения.

На третьей стадии положительное самопредставление оценивается по 7-балльной Шкале соответствия представлений (ШСП), где 1 балл – полное несоответствие, а 7 баллов – полное соответствие позитивному представлению о себе. Клиент дает оценку, не опираясь на логические построения, а исходя из интуитивного ощущения того, насколько далеко положительное самопредставление от его сегодняшнего взгляда на пережитое. Если эта оценка не выше 1 балла по ШСП, психотерапевт должен взвесить, насколько реалистичны пожелания клиента, и вместе с ним уточнить или изменить положительное самопредставление.

На следующем этапе клиент определяет негативные эмоции, которые вызывает у него картина травмирующего события и повторение слов, соответствующих отрицательному представлению. После того как эти эмоции названы, психотерапевт предлагает клиенту оценить уровень беспокойства, причиняемого воспоминаниями, по *Шкале субъективного беспокойства (ШСБ)*, где 0 – состояние полного спокойствия, а 10 – максимальное беспокойство (наихудшее из того, что можно представить). На этом же этапе определяются локализация и интенсивность дискомфортных телесных ощущений, сопутствующих поведению клиента в травмирующее воспоминание. В дальнейшем изменение ощущений в теле будет одним из важных индикаторов переработки травматического материала.

4. Десенсибилизация. На данной стадии ведется работа над снижением негативных эмоций клиента при воспоминании о травме до 0 или 1 балла по ШСБ. При проведении десенсибилизации клиенту предлагают вспомнить картину события. Далее психотерапевт просит его следить глазами за движениями пальцев и одновременно удерживать образ, отражающий самую неприятную часть воспоминания, произнося про себя отрицательное самопредставление («Я плохой человек» и т.п.) и отмечая ощущения, которые возникают в теле. Если клиент испытывает трудности с визуализацией травмирующего эпизода, он может просто о нем думать в ходе выполнения движений глаз. После каждой серии клиенту говорят: «А теперь отдохните. Сделайте вдох и выдох. Пусть все идет, как идет (забудьте об образе)». Затем его спрашивают: «Что происходит сейчас?» или: «Что вы ощущаете в теле? Что приходит в голову?» Важно, чтобы клиент сообщал об изменениях зрительных образов, звуков, мыслей, эмоций и телесных ощущений, которые являются индикатором происходящей переработки дисфункционального материала.

В ряде случаев сосредоточение клиента на травмирующем событии на фоне серии движения глаз, что чередуется с отдыхом, приводит к уменьшению эмоционального и физического дискомфорта, а воспоминания постепенно утрачивают болезненный характер. Психотерапевт контролирует эффекты переработки травмирующего материала, время от времени задавая клиенту вопрос: «На сколько баллов Шкалы беспокойства вы оцениваете

свое состояние сейчас?» Необходимо добиваться снижения уровня беспокойства по ШСБ до 0–1 балла.

5. Инсталляция. Цель этой стадии – связать желаемое положительное самопредставление с избранной в качестве цели информацией, связанной с травмой, что ведет к повышению самооценки клиента.

Сначала следует попросить клиента заново, после проведения десенсибилизации, оценить первоначальное положительное представление о себе с точки зрения его привлекательности: «Остаются ли уместными слова (повторить положительное самопредставление), или вы чувствуете, что более подходящим сейчас является другое положительное высказывание?» На этом этапе клиенты нередко уточняют или полностью изменяют значимое для них представление. Далее клиенту предлагают подумать о первоначальном травмирующем событии и об этих словах, а затем ответить на вопрос: «Насколько истинными вам кажутся сейчас эти слова, от 1 – полностью не соответствуют до 7 – полностью соответствуют (истинны)?». После этого клиенту следует направить внимание одновременно на картину события (думать о нем) и на положительное представление. После серии движений глаз психотерапевт спрашивает: «А теперь – насколько истинными, в шагах от 1 до 7, кажутся вам эти слова, если вы думаете о травмирующем событии?» Цель психотерапевта состоит в проведении такого количества серий движений глаз, которое необходимо для усиления положительного самопредставления до 7 баллов. Когда это удастся, серии движений повторяют до тех пор, пока уместность и истинность представления не достигнут максимума, а затем переходят к стадии сканирования тела.

6. Сканирование тела. Стадия посвящена устранению возможного остаточного напряжения или дискомфорта в теле.

Когда положительное представление достигает на стадии инсталляции 7 баллов по ШСП (или 6 баллов, если это экологично для конкретного клиента), начинают сканирование. Клиенту предлагают закрыть глаза и, удерживая в сознании первоначальное воспоминание и положительное представление, мысленно пройти по различным частям своего тела, начиная с головы и постепенно опускаясь вниз. Клиент сообщает вслух обо всех местах, в которых он обнаружит какое-либо напряжение, зажатость или другие неприятные ощущения. Если такие ощущения отсутствуют, проводят серию движений глаз. При возникновении комфортных ощущений выполняют дополнительную серию для усиления позитивных чувств. В случае, когда клиент сообщает о неприятных ощущениях или мышечном напряжении, их перерабатывают с помощью очередных серий движений глаз, пока дискомфорт не снизится. Иногда телесное напряжение, вскрытое при сканировании тела, может повлечь за собой новую цепь негативных ассоциаций, для переработки которых потребуется время.

7. Завершение. Стадия направлена на возвращение клиента в состояние эмоционального равновесия в конце каждого сеанса, вне зависимости от того, полностью ли завершена переработка дисфункционального материала. Если в конце психотерапевтического сеанса клиент проявляет признаки

беспокойства или продолжает отреагирование, психотерапевту следует применить гипноз или управляемую визуализацию (техника «Безопасное место» и т.п.), чтобы вернуть его в комфортное состояние.

Если травматический материал переработан не полностью, велика вероятность продолжения переработки после окончания сеанса. При этом клиент может испытывать тревогу, о чем следует его предупредить. Целесообразно предложить клиенту запомнить (записать) беспокоящие его воспоминания, сновидения, мысли и ситуации, которые возникают между сеансами. Впоследствии они могут стать новыми целями воздействия ДПДГ-терапии.

Завершающий этап – подстройка к будущему. Работа с будущим (формирование «лечебной перспективы») предполагает создание в воображении клиента «положительного примера» и закрепление новых адаптивных форм поведения и эмоционального реагирования.

8. Переоценка. Переоценка проводится перед началом каждого нового сеанса ДПДГ. Психотерапевт вновь возвращает клиента к ранее переработанным целям и оценивает реакцию клиента для определения того, сохраняется ли эффект лечения. Новый дисфункциональный материал можно подвергнуть переработке только после того, как произойдет полная интеграция психических травм, подвергшихся лечению ранее.

В сложных случаях применяется **когнитивное взаимопереплетение**. Эта стимулирующая стратегия состоит из адаптивной информации, исходящую от психотерапевта, с материалом, появляющимся в процессе психотерапии. Существует несколько вариантов взаимопереплетения:

- Психотерапевт сообщает клиенту новую информацию, которая способствует лучшему пониманию драматических событий прошлого, роли, которую клиент в них играл. Затем клиенту предлагают думать о сказанном и проводят серию движений глаз.

- Переопределение травмирующей ситуации через обращение к значимым для клиента лицам.

- Использование метафор (аналогий) в форме притч, вымышленных историй или примеров из жизни, контекстуально соответствующих проблеме клиента. С помощью аллегорических историй могут быть проведены параллели с реальной ситуацией клиента, даны скрытые подсказки для наиболее адаптивного ее разрешения. Введение метафорической информации может быть осуществлено как на фоне движений глаз, так и без них. После чего клиенту предлагают поразмышлять обо всем услышанном на фоне следующей серии движений глаз, в «Сократический диалог», в ходе которого психотерапевт задает ряд последовательных вопросов. Отвечая на них, клиент постепенно приходит к определенному логическому умозаключению. После чего ему предлагают подумать об этом и проводят серию движений глаз.

Применение указанных приемов даже в трудных случаях способствует полной переработке и нейтрализации травматического материала и устранению основных клинических проявлений ПТСР.

Техника «Концентрация внимания на чувствах»

Метод «Обострение ощущения тела»

Упражнение 1.

Попробуйте сначала обращать внимание только на внешние события: то, что видно, слышно, пахнет, – но не подавляя другие переживания. Теперь по контрасту сосредоточьтесь на внутренних процессах: образах, физических ощущениях, мышечных напряжениях, эмоциях, мыслях. Теперь попробуйте дифференцировать эти различные внутренние процессы, сосредоточиваясь на каждом из них так полно, как только можете: на образах, мышечных напряжениях и т. п. Следите при этом за всеми возникающими объектами, действиями, драматическими сценами и т. д.

Упражнение 2.

Сосредоточьтесь на своих телесных ощущениях в целом. Позвольте своему вниманию блуждать по различным частям тела. По возможности «пройдите» вниманием все тело. Какие части себя вы чувствуете? До какой степени и с какой ясностью для вас существует ваше тело? Отметьте боли и зажимы, которые вы обычно не замечаете. Какие мышечные напряжения вы чувствуете? Обращая на них внимание, не старайтесь преждевременно расслабить их, позвольте им продолжаться. Постарайтесь определить их точное местоположение. Обратите внимание на ощущения кожи. Чувствуете ли вы свое тело как целое?

Метод «Опыт неизвестности эмоций»

Упражнение 1.

Лежа попробуйте почувствовать свое лицо. Чувствуете ли вы свой рот? Лоб? Глаза? Челюсти? Обретая эти ощущения, задайте себе вопрос: «Каково выражение моего лица?». Не вмешивайтесь, просто позвольте этому выражению быть. Сосредоточьтесь на нем, и вы заметите, как быстро оно меняется. В течение минуты вы можете почувствовать несколько разных настроений.

Упражнение 2.

Вновь и вновь оживляйте в фантазии опыт, который имел для вас сильную эмоциональную нагрузку. Каждый раз старайтесь вспомнить дополнительные детали. Какое, например, самое страшное переживание вы можете вспомнить? Прочувствуйте вновь, как все это происходило. И еще раз. И снова. Употребляйте настоящее время.

Возможно, в фантазии всплывут какие-то слова, нечто, что вы или кто-то другой говорил в этой ситуации. Произносите их вслух, вновь и вновь; слушайте, как вы произносите их, почувствуйте свои переживания при выговаривании и слушании. Вспомните ситуацию, когда вы были унижены. Воспроизведите ее несколько раз. Обратите при этом внимание, не возникает ли в памяти какой-нибудь более ранний опыт подобного рода. Если это так, перейдите к нему и проработайте ситуацию.

Делайте это для разного эмоционального опыта – насколько у вас хватит времени. Есть ли у вас, например, незавершенные ситуации горя? Когда кто-то любимый умер, могли ли вы плакать? Если нет, можете ли вы это сделать сейчас? Можете ли вы мысленно встать у гроба и проститься? Когда вы были более всего разъярены? Пристыжены? В замешательстве? Чувствовали себя виноватым? Можете ли вы пережить эту эмоцию вновь? Если не можете, то способны ли почувствовать, что блокирует вас?

В ПОИСКАХ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОДА ВЫЖИВАНИЯ

Лабораторное занятие 12

СОЧИНЕНИЕ РАССКАЗОВ В ШЕСТИ ЧАСТЯХ КАК ЭКСПРЕСС-ОЦЕНКА МЕТОДОВ ПРЕОДОЛЕНИЯ КРИЗИСНОЙ СИТУАЦИИ.

Материалы для лабораторного занятия

В поисках психологического кода выживания

Для прогноза перспектив психологической травматизации населения после кризисной ситуации психологи используют соотношение 1 к 4, которое получили опытным путем [21]. Это соотношение отражает уровень травматизации пострадавших. Итак, 80% участников (свидетелей) кризисной ситуации преодолевают трудности, используя собственные ресурсы и / или ресурсы социальной сети поддержки. Остальным требуется помощь профессионалов. Ученых и практиков больше интересовала та группа, которая нуждается в помощи кризисных психологов. Этот уклон в патологию породил соответствующие концепции. В психологии здоровья этот подход имеет обобщающее название «патогенетическая парадигма».

Одновременно с патогенной парадигмой в недрах кризисной психологии с некоторым опозданием пробивался противоположный подход, который А. Антоновский назвал салютогенным. Данную парадигму мы обнаруживаем уже у В. Франкла в его концепции выживания через веру в себя и у П. Тиллиха в концепции «мужества быть». Следующее поколение ученых для объяснения успешности преодоления людьми стрессогенных ситуаций выдвигали различные объяснительные механизмы. Так, А. Антоновский предложил концепт «чувство связанности», С. Мадди – «жизнестойкость», Дж. Гринберг – «решительность». Анализируя концепцию жизнестойкости С Мадди, Розенбаум сформулировал подход, получивший название «информированная находчивость».