

Программа психологической помощи пережившим шоковую травму

Шигорина Е.В. // Психическое здоровье школьников: состояние и психологическая помощь/ Л.А. Пергаменщик, М.И Яковчук, С.С. Гончарова и др.; Под ред. Л.А. Пергаменщика. - Мн.: НИО, 2002. - 88 с. – С. 64 – 76.

Данная программа разработана на основе современных методов западных направлений телесно-ориентированной психотерапии - биосинтеза и бодинамики.

Биосинтез (biosyntheses) - метод телесно-ориентированной психотерапии, разработанный Д. Боделлой в 70-е годы [2]. Этот метод является процессуальной психотерапией с индивидуальным подходом к потребностям конкретного клиента. Психотерапевт должен очень тонко чувствовать, что происходит с клиентом, и это является одним из важнейших условий успешной работы.

Бодинамика (bodynamic) - метод телесно-ориентированной психотерапии, основателем которого является Элизабет Марчер. Бодинамика имеет диагностический инструмент в виде карты тела. Руководствуясь этой картой, психотерапевт по особенностям функционирования мышц тела может определить дифференциальный диагноз между травмой развития и шоковой травмой.

Предлагаемая программа рассчитана на работу с людьми, пережившими шоковую травму, и отражает ключевые моменты, которых следует придерживаться для достижения позитивного результата в этой работе. Количество времени, прошедшего с момента возникновения состояния шоковой травмы, будет влиять на временной промежуток, который потребуются для психологической реабилитации и восстановления психического здоровья потерпевшего. Естественно, что чем раньше после возникновения состояния шоковой травмы будет начата работа с пострадавшим, тем более вероятно его скорейшее восстановление в плане психического здоровья. И чем больше пройдет времени от момента наступления шокового состояния до момента начала работы с человеком, его пережившим, тем большее количество времени и сил потребуются для достижения нормы в психическом состоянии потерпевшего.

Механизм возникновения шоковой травмы и ее признаки. Состояние шоковой травмы - это реакция вегетативной нервной системы на травмирующее событие, когда жизнь человека реально подверглась риску или он ощутил это событие как таковое. Шоковая травма может быть связана со стихийными бедствиями (землетрясение, наводнение), с политическими катастрофами (войны, террористические акты, пытки), а также с бытовыми несчастными случаями, изнасилованием, избиением и другими оскорблениями и трагедиями индивидуального порядка.

Шоковая травма может быть единичным событием, как несчастный случай, или состоять из цепочки событий, включающей в себя несколько происшествий, связанных с угрозой человеческой жизни [9].

Таким образом, причины шоковой травмы могут быть самыми разными, но результат один - вегетативная нервная система не возвращается в состояние равновесия. Тогда человек, порой даже не подозревая об этом, проживает свою жизнь так, как будто травматическая ситуация, в которой он когда-то оказался, до сих пор не закончилась.

На мышечном уровне наличие шоковой травмы у потерпевшего проявляется либо в очень ригидном мышечном тонусе, чрезмерно высоком напряжении, либо, наоборот, в излишне сильном расслаблении, коллапсе. В результате люди, находясь некоторое время в состоянии — ступора, не способны двигаться и действовать.

На эмоциональном уровне человек, переживший шоковую травму, очень часто находится в состоянии беспомощности, ощущает себя жертвой, испытывает огромный страх, вину, стыд и ненависть к себе. Его мучают беспокойные, тревожные чувства и бессонница, которые не имеют органической причины. Часто человек испытывает панику, его преследуют кошмары, навязчивые состояния, либо он находится в эмоциональном оцепенении, которое может длиться очень долго. При таком положении вещей люди, пережившие шоковую травму, сильно измотаны и не верят в то, что у них есть силы для преодоления создавшейся ситуации (она кажется им непреодолимой или труднопреодолимой)

Психофизиологическое состояние потерпевшего часто характеризуется тем, что человек может не помнить события, которое явилось причиной возникновения шока, т. к. при шоковой травме обязательно присутствует амнезия. Даже если само травмирующее событие запомнилось хорошо, то что-то из этой ситуации человек помнить не будет. Однако нервная система людей, переживших шоковую травму, все помнит и с момента наступления шоковой травмы она все время будет начеку, в чрезмерно напряженном состоянии. У пострадавшего могут наблюдаться нарушения сна, пищеварения, сердечной деятельности, появляться головокружения, обмороки (т. е. сосудистые изменения), и эти симптомы излечить невозможно, не имея целостной картины заболевания. Такие симптомы в физическом состоянии людей, переживших шоковую травму, встречаются очень часто и в большом количестве.

Цель, задачи и принципы в работе с человеком, пережившим шоковую травму. Цель работы при наличии у человека состояния шоковой травмы состоит не в том, чтобы заставить его вспомнить связанные с травмой чувства, эмоции и события, т. к. вместо амнезии иногда у пострадавшего наоборот могут наблюдаться достаточно навязчивые воспоминания о травматическом событии. Цель работы при шоковом состоянии заключается в том, чтобы создать новый образ, новую "картинку" травматического события, с тем чтобы увидеть данную ситуацию в новом свете, более широко и объемно.

Задачи, которые следует реализовать в ходе работы с человеком, пережившим шоковую травму:

1. Развить у потерпевшего способность к распознаванию угрозы, так называемый ориентировочный рефлекс.

Когда человек живет в состоянии шоковой травмы, то с ним начинает происходить очень много разных событий, его словно тянет в те места и к тем людям, которых можно назвать "источник стресса". Даже не очень проблематичные, на первый взгляд, ситуации становятся травматическими, если человек живет в состоянии шоковой травмы. Кроме того, с потерпевшим чаще начинают происходить реальные травмирующие события, он чаще попадает в различные кризисные ситуации и становится жертвой несчастных случаев. Т.е. у потерпевшего фактически отсутствует способность ощутить признаки угрозы в событии, опасность которого для обычного человека будет очевидной. В итоге переживший шоковую травму человек, как правило, не может адекватно ориентироваться во внешнем мире и его проблемы с годами не исчезают, а, наоборот, усложняются, усиливаются и прогрессируют, если с ними не работать.

2. Научить человека защищать себя при помощи реакции борьба/бегство.

Обычно при угрозе здоровью или жизни человека возникает реакция борьба/бегство (т. е. человек либо убегает от угрожающего фактора, либо борется с ним). При шоковой травме человек ведет себя иначе: под влиянием шока он впадает в оцепенение, замирает, у потерпевшего наступает паралич или временная обездвиженность, т.к. одновременно возбуждены две ветви вегетативной нервной системы - симпатическая и парасимпатическая.

Симпатическая ветвь вегетативной нервной системы отвечает за активизацию человека, толкает его на борьбу либо к бегству. Парасимпатическая ветвь вегетативной нервной системы блокирует реакцию борьба/бегство, т.к. она отвечает за отдых и расслабление организма человека. Таким образом, при шоковой травме люди не в состоянии ни бороться, ни убежать.

3. Помочь построить человеку эффективное взаимодействие с окружающим миром.

На фоне шоковой травмы иногда развивается синдром посттравматического стресса, но человек зачастую продолжает жить своей обычной жизнью и наличие этого синдрома может проявиться не сразу. Например, спустя некоторое время в магазине или на улице раздастся резкий крик, и человек, переживший шоковую травму, впадет в состояние сильного страха и с этим состоянием вернется домой, не отреагировав свой страх в реальной ситуации, - это симптом проявления посттравматического стресса. То есть человек с синдромом посттравматического стресса постоянно находится в замкнутом круге: ярость, ужас, истощение - ярость, ужас, истощение и т. д. Люди, пережившие шоковую травму, очень многое пробуют, чтобы выбраться из этого замкнутого круга: принимают алкоголь, наркотики, становятся альпинистами, прыгают с парашютом, выполняют динамические медитации с мощным отреагированием, т. е. делают то, что их стимулирует, возбуждает их нервную систему. Подобная погоня за острыми ощущениями и за такой чрезмерной полнотой жизни еще больше

дестабилизирует состояние человека и нарушает его эффективное взаимодействие с окружающим миром.

4. Помочь потерпевшему ощутить право на существование и получение психологической или другой квалифицированной помощи тогда, когда ему это понадобится.

Очень важно, чтобы человек, переживший шоковую травму, чувствовал, что он со своей проблемой не одинок, что есть люди, способные оказать ему помощь. Однако помощь близких и родственников в такой ситуации зачастую бывает малоэффективной либо вообще не приносит результата. Это происходит потому, что порой родственники потерпевшего, узнав о травматическом событии, часто нуждаются в психологической помощи не меньше, чем человек, непосредственно переживший шоковую травму. Иногда даже возможна ситуация, когда родственники и близкие просто отстраняются от пострадавшего, так как боль и другие чувства, сопутствующие травматической ситуации, вызывают слишком сильный внутренний отклик у близких людей и выводят их из состояния равновесия.

Таким образом, родственники фактически становятся "беспомощными помогающими" и могут еще больше усугубить и без того сложное состояние потерпевшего. Кроме того, близкие люди могут не обладать должным опытом и знаниями, которые позволили бы оказать необходимую поддержку пострадавшему, и, следовательно, могут быть не в состоянии объективно оценить ситуацию и внутренние переживания травмированного человека. К большому сожалению, способность к состраданию, сопереживанию и возможность чувствовать чужую боль пока не являются для большинства людей базовой потребностью или обязательным личностным качеством. В связи с вышесказанным, обращение к опытному специалисту при наличии у человека шоковой травмы является необходимым шагом в решении проблем, связанных с травматическим событием.

Основной принцип в работе с человеком, пережившим шоковую травму, - делать мелкие шаги и очень медленно, постепенно продвигаться (как будто по капле фильтруете воду), чтобы можно было интегрировать каждое болезненное воспоминание, любой болезненный опыт. Иначе события, происшедшие с человеком при возникновении шоковой травмы в прошлом, могут запустить воспоминания и эмоции, которые, захлестнув человека, сделают его совершенно беспомощным, и с ним может произойти повторная травма.

Кроме вышесказанного необходимо соблюдать следующие принципы при работе с пострадавшим человеком:

1. Очень важно не увлечься лечением симптомов, так как это ловушка для специалиста. Можно справиться с одним симптомом, но на его месте тогда обязательно появится другой, поскольку все эти симптомы являются частью одного целого - реакцией организма человека на шоковое событие.

2. К концу каждой встречи человека, пережившего шоковую травму, необходимо возвращать в состояние стабильности и только тогда позволять

ему покинуть кабинет специалиста. Если не соблюдать этот принцип, то потерпевший будет не в состоянии успешно выполнять свои ежедневные дела.

3. Работу с пережившим шоковую травму человеком необходимо строить в атмосфере полного доверия между специалистом и потерпевшим, иначе специалист может оказаться в роли агрессора и еще больше травмировать пострадавшего. Люди, пережившие шоковую травму, очень тонко чувствуют фальшь и любую неискренность окружающих. Поэтому их невозможно заставить доверять специалисту, это доверие можно только построить, выполняя обязательства, которые оговариваются обеими сторонами перед тем, как приступить к работе с шоковой травмой.

4. При работе с детьми, пережившими шоковую травму, лучшим способом наладить контакт является игра, которая доставляла бы им удовольствие. Но и при работе с взрослым человеком "внутренний ребенок" взрослого пробуждается. Поэтому обычные приемы работы при наличии шоковой травмы - это игра, игрушки, сказки, это все то, что помогает настроиться на ребенка, создает эффект резонанса, чтобы знать, как удовлетворить его потребности.

Таким образом, основной подход в работе с людьми, пережившими шоковую травму, это игра, творчество и здравый смысл.

Предлагаемая программа психологической реабилитации и восстановления психического здоровья людей, переживших шоковую травму, состоит из следующих этапов:

- сбор информации о человеке, пережившем шоковую травму;
- индивидуальная работа с потерпевшим и травмировавшей его ситуацией;
- групповая работа с целью социальной адаптации пострадавшего.

1. Сбор информации. Осуществляется при помощи вербальных методов - беседа с потерпевшим, сбор подробных фактов и т. д. Также для сбора информации можно использовать невербальные методы - наблюдение за поведенческими паттернами человека, "телесное считывание", что позволяет обнаружить на уровне тела признаки наличия состояния шоковой травмы у человека. Признаками того, что в прошлом человек пережил шоковую травму, являются следующие показатели на уровне тела [8]:

- чрезмерная физическая неподвижность (иммобилизация);
- гиперактивность (склонность к реакции борьба / бегство);
- изменения в лице (часто присутствует выраженный "изумленный" взгляд);
- "парадоксальное" дыхание (грудное дыхание не согласовано с брюшным дыханием, т. е. они находятся в противофазе по отношению друг к другу).

Первым шагом в беседе с человеком, пережившим шоковую травму, будет выявление, определение, распознавание или идентификация характера травмы. Это поможет уберечь потерпевшего от дополнительных травм в последующей работе с ним. Очень важно уважительно и внимательно

отнестись к той травматической истории, которую человек расскажет, а также к тому, что он посчитает необходимым рассказать о своей жизни, так как это может иметь непосредственное отношение к травме. Даже если на первый взгляд то, что расскажет потерпевший, не будет иметь никакого отношения к происшедшему с ним травматическому событию, тем не менее, эта информация должна быть подробно зафиксирована в протоколе беседы.

Часто человек, переживший шоковую травму, предпочитает не называть кризисные события из своей жизни, которые предшествовали шоковой травме, даже если он их помнит. Поэтому иногда будет не лишним спросить человека прямо о событиях, которые с ним произошли ранее, перед травматической ситуацией, с которой обратился пострадавший. Для такого анализа можно использовать временные пятилетние интервалы. Например, от рождения до пяти лет, с пяти лет до десяти и т. д. К категории кризисных событий могут относиться несчастные случаи, развод, внезапные перемены в жизни, потери, изнасилования, а также то, что человек был свидетелем подобных ситуаций, несчастных случаев и т. д.

Проводя беседу в таком русле, следует очень внимательно наблюдать за тем, как человек реагирует и отвечает на задаваемые вопросы. Например, говорит человек об изнасиловании с отсутствующим видом или эмоционально и энергично, есть ли у пострадавшего "картинка" несчастного случая и где она находится - в теле или вне тела, говорит ли потерпевший о катастрофе с дрожью в голосе, с покрасневшим от волнения лицом или он абсолютно холоден и невозмутим. Также следует обратить внимание на существование временных интервалов в личной жизни человека, о которых он не помнит. Подробная информация о человеке, пережившем шоковую травму, поможет в дальнейшем специалисту выбрать и построить эффективную стратегию в работе с пострадавшим.

2. *Индивидуальная работа* с потерпевшим и травмировавшей его ситуацией состоит из следующих пунктов:

- создание безопасности;
- нахождение ресурса;
- работа с травмой.

Таким образом, прежде чем углубиться в болезненный опыт человека, пережившего шоковую травму, необходимо создать у него ощущение безопасности и помочь ему найти ресурс.

Создание безопасности — совершенно необходимое условие для работы с людьми, пережившими шоковую травму, так как нет смысла работать с пострадавшим, если рядом с ним до сих пор существуют факторы - события или люди, - которые продолжают его травмировать. Однако, если ситуация именно такова и, к примеру, изнасилованный человек продолжает жить с насильником, тогда особенно важна для потерпевшего групповая работа, т. к. такие люди-жертвы часто абсолютно одиноки.

Но и при индивидуальной работе существует спектр возможностей по созданию безопасности у человека, пережившего шоковую травму.

Безопасность в ежедневной жизни в общем смысле проявляется в возможности иметь работу, финансовую безопасность, значимые отношения, хобби, контакты с другими людьми и т. д. Наличие безопасности в какой-либо из перечисленных областей жизнедеятельности человека - это основа для работы при погружении человека в шоковую ситуацию.

Если в ходе индивидуальной работы с пострадавшим наблюдаются признаки шоковой реакции - учащенное дыхание, прилив крови к лицу, холодный пот, ступор, обморок и т. п., - это говорит о том, что человек нуждается в поддержке. При работе с пострадавшим в русле телесно-ориентированной психотерапии можно использовать приемы из так называемых "контактов доверия" - рукопожатия или похлопывания по плечу. Специалист должен найти способ обезопасить потерпевшего, сделать так, чтобы травматическая ситуация стала для него менее угрожающей.

Многие люди, пережившие шоковую травму, рассматривают свое тело как нечто чужое, а не как часть самих себя. Они игнорируют большинство ощущений, т. к. не могут чувствовать, распознавать, ощущать послы. Такие люди могут не позволять к себе прикасаться, и тогда можно предложить им в деталях описать то, что они ощущают в своем теле. Очень важно при этом удерживать человека в состоянии "здесь и сейчас", подальше от эпицентра шока. Пострадавший может описать температуру и влажность кожи, отметить напряженные и расслабленные мышцы в теле, ощутить подвижность или ригидность суставов, обрисовать позу своего тела, почувствовать работу своего сердца, органов пищеварения и т. д.

Способность потерпевшего осознавать, что происходит в теле, является важным инструментом для успешной работы с шоковой травмой, которую человек пережил. Собственное тело человека, с точки зрения телесно-ориентированных методов психотерапии, является важнейшим инструментом и ресурсом, который может использовать специалист в работе с травмировавшей человека ситуацией. Необходимо научить потерпевшего обретать безопасность на телесном уровне при помощи упражнений или других методов работы, используемых в телесно-ориентированных психотерапевтических системах. Например, можно использовать упражнение на осознание тела или диссоциацию. Люди, пережившие шоковую травму, часто испытывают различные ощущения, эмоции и чувства, но они не знают и не осознают этого, потому что диссоциированы и не способны чувствовать свое тело и свои эмоциональные переживания. С человеком, пережившим шоковую травму, надо обсуждать то, что он чувствует в теле. Его необходимо научить возвращаться в тело, т. е. проживать свою жизнь, находясь в теле.

Нахождение ресурса. Эта часть работы также может быть основана на телесных аспектах, т. е. на поиске потерпевшим ресурса в собственном теле. Однако ресурс можно найти и в других сферах личности - ресурсно-ориентированные эмоции, чувства, мысли, воспоминания, фантазии, действия и т. д. Этот ресурс должен помочь в работе с пережившим шоковую

травму человеком. Если человек столкнется в работе над травмой с глубокими переживаниями, "придет в контакт" с глубинными личностными проблемами, то ему понадобится этот ресурс как спасательный круг, который поможет сдерживать бурное проявление и неконтролируемый выплеск сильных эмоций. И даже если человек все-таки окунется в водоворот сильных эмоций, деструктивных мыслей и неконструктивных действий, которые являются, как правило, неизменными спутниками шоковой травмы, тем не менее, он сможет, используя ресурс - "спасательный круг", - выплыть из травматического события, а не утонуть в нем. Это очень важный момент, потому что достаточно распространена такая ситуация, когда при работе с травматическим случаем у потерпевшего возникают сильные эмоции, чувства и переживания, с которыми он не может справиться, его буквально захлестывает "эмоциональный шторм". При подобных ощущениях у человека, пережившего шоковую травму, появляется желание убежать, где-то спрятаться, исчезнуть.

Таким образом, обычно первый импульс, который запускается у человека при проработке шоковой травмы, - убежать в безопасное место. Иногда этот импульс возникает на едва заметном уровне. И работа здесь должна быть направлена не на вытеснение шокового события, а на то, чтобы помочь человеку выбраться из паралича.

Работа с людьми, пережившими шоковую травму, в русле биосинтеза помогает им активизировать, восстановить подвижность мышц. На телесном уровне человека часто просто учат убежать. Бег можно выполнять лежа на полу либо бежать на месте. Чем больше с пострадавшим работают, используя упражнения с убеганием, чем больше человек испытывает чувство комфорта и безопасности в собственном теле, тем дальше он уходит от катарсических выплесков эмоции, которые его изматывают и дестабилизируют.

Таким образом, ресурс должен помочь человеку убежать в безопасное место, скрыться, спрятаться, если станет абсолютно невыносим эмоциональный, интеллектуальный или иной прессинг при работе с травматической ситуацией. Человеку, которого переполняют и терзают сильные переживания, очень важно овладеть умением оказаться в таком месте, где бы он мог отдохнуть, а не выплескивать свои эмоции. Иногда от трех до пяти лет может уйти на то, чтобы человек, переживший шоковую травму, ощутил достаточную безопасность и нашел ресурс.

Работа с травмой. Когда найден ресурс и присутствует ощущение безопасности, есть два варианта работы с шоковой травмой:

- если человек помнит травмировавшее его событие, то можно поработать с травмой, принимая во внимание все подробности и нюансы данного события, используя ресурс и ощущение безопасности;

- если у человека проявляются элементы амнезии или он абсолютно ничего не помнит по поводу травмировавшего его события, то тогда используют как подсказку телесные импульсы. Например, человек делает какие-то произвольные движения либо у него есть просто стремление, желание что-то сделать на телесном уровне.

С точки зрения телесно-ориентированных психотерапевтических систем, если следовать за импульсами тела, то это может привести к осознанию травмы и ее проработке. Существует даже вероятность исчезновения амнезии и возвращение воспоминаний по поводу травматического события.

Если первые два пункта - создание безопасности и нахождение ресурса в индивидуальной работе с человеком, пережившим шоковую травму, удастся осуществить успешно, то при непосредственной работе с травмой проблем быть не должно. Очень часто после того, как создана безопасность и найден ресурс, даже не надо глубоко погружаться в травму, потому что люди чувствуют себя более уравновешенно, стабильно и безопасно, их жизнь улучшается, в ней появляется смысл, позитивные эмоции и чувства. Таким образом, при работе с потерпевшим надо не столько искать шоковую травму, сколько помочь человеку создать для себя более стабильные условия жизни. И тогда, даже если пострадавший глубоко погружается в свой болезненный прошлый опыт, но берет с собой ощущение безопасности и ресурс, то заново он не травмируется, а спокойно путешествует по кризисному событию.

3. Групповая работа. При психологической реабилитации человека, пережившего шоковую травму, индивидуальная работа не подменяет групповую, так же как групповая работа не может заменить индивидуальную. Важно понимать, что групповая работа является одним из компонентов комплексного подхода в реабилитации пострадавшего.

Групповая работа проводится с целью социальной адаптации потерпевшего. Кроме того, группа может исполнять роль ресурса и являться местом, которое будет восприниматься человеком, пережившим шоковую травму, как безопасное. В идеале групповую работу необходимо проводить параллельно с индивидуальной не реже одного раза в неделю по полтора-два часа.

Руководитель группы, если он в то же время не является специалистом, который проводит индивидуальную работу с потерпевшим, может стать еще одной поддерживающей фигурой, т. е. человеком, к которому пострадавший будет испытывать человеческую привязанность и от которого он сможет получать необходимую поддержку и помощь. Эта же роль может быть выполнена другими участниками группы, если по отношению к ним потерпевший будет чувствовать доверие и окажется в состоянии открыто обсуждать свои проблемы, принимая необходимую и своевременную помощь, когда она ему потребуется.

Работа с человеком, пережившим шоковую травму, считается законченной тогда, когда у потерпевшего больше не проявляются травматические реакции при обсуждении того кризисного события, по поводу которого он обратился к специалисту, т. е. когда пострадавший может пройти по всей ситуации, обо всем рассказать и при этом у него не наблюдаются амнезийные выпадения и бурные эмоциональные проявления. Прежде чем перейти к работе со следующим травматическим эпизодом жизни потерпевшего, необходимо убедиться в том, что завершена работа с кризисным событием, по поводу которого изначально обратился пострадавший.

Предложенная программа является своего рода "каркасом", или "матрицей", в которой возможны изменения и дополнения, поскольку все люди разные, и только непосредственно работающий с потерпевшим специалист может почувствовать и решить, какой метод лучше использовать в работе с пострадавшим. Однако следует сохранять общий контекст данной программы, понимать и реализовывать цели, задачи и принципы, которые важны при работе с человеком, пережившим шоковую травму. Ни в коем случае нельзя форсировать, торопить события при работе с психотравматиками, так как эти люди, наоборот, нуждаются в том, чтобы научиться "тормозить" и тем самым лучше контролировать свои действия и мысли, "быть в контакте" со своими чувствами и жить более целостной, интегрированной и полноценной жизнью.

Что важно помнить, когда работаешь с человеком, пережившим шоковую травму

Независимо от того, какие методы, техники и подходы используются специалистом при работе с потерпевшим и травматической ситуацией, необходимо следовать нижеизложенным базовым теоретическим принципам.

1. Никогда не двигайтесь непосредственно в эпицентр шоковой травмы.
2. Всегда начинайте работу с травматических случаев, которые повторяются по кругу (как до шоковой травмы, так и после нее), медленно соединяя эмоции, значение и смысл всех деталей события в единое целое.
3. Двигайтесь по краю шоковой травмы, приближаясь и удаляясь от нее снова (челночный способ работы), не толкая клиента в центр травматической воронки. Это дает человеку ощущение контроля над шоковой травмой, что позволяет медленно объединить телесные и эмоциональные изменения и смыслы.
4. Никогда не фрустрируйте потерпевшего (подъем энергии, учащенное дыхание, провокация и другие подобные методы работы не допустимы).
5. Наблюдайте за индивидуальным, естественным ритмом потерпевшего. Используйте дыхание как индикатор при работе с человеком, пережившим шоковую травму.

Помогайте потерпевшему принимать решения медленно, следуя по травматической ситуации. Это ключ к интеграции мыслей, чувств и действий, которые, как правило, фрагментированы, расщеплены в результате шоковой травмы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонов И.П. Здоровье // Энциклопедический словарь медицинских терминов. 2-е изд. М., 1972. Т. 1.
2. Березкина-Орлова В.Б., Ченцова Г.М. Что такое биосинтез // Энергия и характер. - 1999. - № 1.
3. Бубнова И.А. Стресс: источники возникновения и стратегии преодоления (личностный аспект) // Актуальные проблемы кризисной

- психологии: Сб. науч. тр. / Отв. ред. Л.А. Пергаменщик. - Мн.: НИО, 1999. -С. 52-61.
4. Дейте Б. Жизнь после потери / Пер. с англ. В. Челноковой. - М.: ФАИР-ПРЕСС, 1999.
 5. Коржова Е.Ю. Методика "Психологическая автобиография" в психодиагностике жизненных ситуаций: Метод, пособие / Под ред. Л.Ф. Бурлачук. - Киев: Мауп, 1994.
 6. Пергаменщик Л.А. Самопомощь в кризисных ситуациях: Психологический практикум. - Мн.: Нар. асвета, 1995.
 7. Психология. Словарь / Под общ. Ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – М.: Политиздат, 1990.
 8. Руководство по телесно-ориентированной терапии. – СПб.: Речь, 2000.
 9. Rothschild, Barbette. A shock primer for the body-psychotherapist //Energy and Character. – Vol. 24. - № 1. – April. -1993.

РЕПОЗИТОРИЙ БГПУ