

Доктор Уильям Фридрих,  
вы были исключительно скромным  
и честным человеком. Я очень многому у вас научилась. Ваши  
мудрые советы вдохновляли и поддерживали меня.

Я горжусь, что была знакома с вами,  
делилась своими мыслями и что порой  
мы вместе смеялись. Ощущаю горечь утраты  
и храню благодарную память.



В своей книге Элиана Джил рассматривает стратегии психологической помощи пострадавшим от насилия детям и показывает, как сформировать свою собственную, уникальную стратегию с учетом особенностей конкретного ребенка и конкретного социального и семейного контекста. Она пишет о том, какие методы, в каком сочетании и когда лучше применять, как сформировать надежный терапевтический контакт, как работать с неговорящими детьми, как «вытаскивать» травматические воспоминания и что потом с ними делать. Она описывает и то, как психолог должен вести себя в рамках расследования дела о насилии, как проводить диагностическую работу и учитывать ее результаты в последующих сессиях.

Многое из того, на что опирается психолог в своей работе в США, в российской действительности выглядит совсем иначе. Так, в США при подозрении в совершении насилия над ребенком полиция начинает расследование, ребенок проходит медицинскую и психиатрическую экспертизу, при необходимости его на время следствия помещают в замещающую семью или в детское учреждение, и во всех этих процессах непременно участвует психолог. В его задачи входит взаимодействие с органами опеки, следователями, родителями или замещающими семьями и, конечно, с самим ребенком. Психолог — это тот человек, который должен видеть ситуацию в целом и вникать в том числе в юридические процедуры. Он занимается разнообразной координационной работой, которая может стать тяжелой нагрузкой, но дает и дополнительные ресурсы, ведь это возможность разделить ответственность с другими участниками процесса. Благодаря системному подходу психолог располагает множеством инструментов помощи: в его арсенале не только индивидуальная терапия с ребенком, но и

групповая, и семейная, а также возможность направить родителей на группы поддержки.

В российской действительности при выявлении случаев насилия над детьми взаимодействие с психологами как системное явление отсутствует. Функции психолога в судебной и следственной системах часто остаются формальными: ведущая роль отдается следователям, которые далеко не всегда понимают ребенка и придают значение его психическому состоянию и переживаниям. Психологи могут выступать только в роли свидетелей, причем их свидетельские показания далеко не всегда принимаются во внимание. В качестве экспертов могут выступать только специальные лицензированные организации или физические лица, действующие от их имени. Подобные организации есть не во всех регионах: если таковых нет, эксперты назначаются судьями, и их выбор — опять же не система, а частный случай.

Несмотря на то, что компенсация последствий травмы не фигурирует в поле зрения государственных органов как специальная задача, это не означает, что такой задачи не существует или она не актуальна. Конечно, нет! Просто она становится ответственностью родителей или близких пережившего насилие ребенка. Они сами обращаются к специалистам — психологам и психотерапевтам, и любой практикующий психолог скажет вам: запросов таких, увы, немало. И если ответ на вопрос о том, как, работая с подобным запросом, построить взаимодействие с государственной системой, придется искать самостоятельно, то на вопрос, как помочь ребенку пережить насилие, вполне можно ответить с помощью книги Элианы Джил. Подход, который лежит в основе ее работы с детьми, с успехом может быть перенесен и на российскую почву. Мы желаем вам найти в этой книге не только конкретную информацию и инструментарий, но и опору, и уверенность в том, что у вас есть все возможности помогать детям, пострадавшим от насилия, продолжать жить, выдерживая и компенсируя последствия тяжелой травмы.

За последние десятилетия информации о влиянии травмы на детей и подростков стало существенно больше. Мы обнаружили, что насилие над детьми, а также отвержение детей родителями и другими близкими людьми, равно как и виктимизация со стороны сверстников и взрослых, вызывает тревожность и депрессию, приводит к агрессии, нарушению привязанности, проблемам межличностных отношений, расстройствам пищевого поведения, химическим зависимостям и/или самоповреждению. Без преувеличения, последствия травмы и эмоционального отвержения — одна из главных причин неорганических психических расстройств у детей и подростков в Северной Америке.

В то же время даже при беглом обзоре существующей литературы можно найти огромное количество сведений об этой проблеме. Так, мы знаем, что на появление характерной для травмы симптоматики могут влиять:

- 1) *факторы предрасположенности* — врожденные нейробиологические особенности ребенка; тип привязанности в детско-родительских отношениях; разного рода социальные обстоятельства, в частности расовая или этническая дискриминация, бедность либо ограниченные ресурсы, а также культурная или субкультурная среда, которая влияет на то, как ребенок воспринимает себя и других и в чем видит причины своего несчастья;
- 2) *особенности травмы* — тип, частотность и продолжительность травмирующих событий, а также возраст, в котором ребенок их пережил. Ранняя и продолжительная внутрисемейная травма и отвержение являются одними из самых тяжелых;
- 3) *посттравматические обстоятельства* — уровень семейной и социальной поддержки; способность ребенка выра-

жать эмоции и просить о помощи; защищенность от повторных проявлений насилия и жестокого обращения; доступность психологической помощи.

Для помогающего специалиста важно учитывать все эти факторы. Поскольку каждый ребенок индивидуален, обладает специфическими биологическими и психологическими особенностями, находится в определенных семейных и социальных обстоятельствах, а история самой травмы и посттравматический опыт в каждом случае уникальны, то и проявляемые симптомы у пострадавших также будут различаться.

Так, ребенок со сформированной надежной привязанностью, который обладает достаточным чувством защищенности и растет в здоровом социальном окружении, пережив «случайную», ограниченную недолгим периодом и не исходящую от родителей травму, может испытывать слабую тревогу, кратковременный посттравматический стресс и/или недолгий период социальной дезадаптации. Другой же, выросший в атмосфере агрессии и равнодушия, социальной неустроенности или изоляции, подвергавшийся неоднократному травмирующему воздействию внутри семьи или вовне, может переживать сильную депрессию и посттравматическое стрессовое расстройство, проявлять агрессию или суицидальные наклонности, употреблять наркотики.

Очевидно, что два эти сценария требуют разных стратегий помощи, учитывающих симптомы, этиологию, социальный контекст и личностные проявления. В первом случае семья надежна и настроена на поддержку. Врач легко включит родных ребенка в терапию, которая, скорее всего, будет достаточно прямолинейной. Семейная терапия может усилить игровую, «разговорную» (здесь многое зависит от возраста ребенка) и арт-терапию, во время которых ребенок вспоминает травмирующее событие, ободряемый и поддерживаемый взрослым, — пока не уйдет симптоматика, вызванная травмой. Поскольку посттравматические симптомы выражены несильно и ребенок не чувствует себя подавленным, а его опыт говорит о том, что взрослым можно доверять, с его стороны маловероятны проявления настороженности, избегания и функциональ-

ных нарушений. При прочих равных, первичный прогноз для этого ребенка будет достаточно благоприятным.

К сожалению, большинство терапевтов, работающих с травмированными детьми, чаще всего имеют дело со вторым сценарием: сильно выраженная симптоматика, окружение не оказывает поддержки (или даже настроено враждебно), а ребенок привык взаимодействовать с травмой либо через избегание, либо через отыгрывание. Кроме того, он знает, что взрослые могут быть опасны, а эмоциональная привязанность грозит возможным отвержением. Такой ребенок не позволит легко сформировать значимый терапевтический контакт, не говоря уже о том, чтобы с готовностью участвовать в болезненных обсуждениях с «могущественным» взрослым. С таким ребенком терапевт постоянно должен иметь в виду его травмирующий опыт и формировать у него уверенность в том, что теперь он в безопасности. Необходимо убеждать ребенка в том, что их отношения с терапевтом постоянны и стабильны, проявлять эмпатию и терпеливо реагировать на защиты, возникающие при триггерно обусловленных реакциях. В случаях, когда ребенок достаточно долго переживал сексуализированное насилие и/или эмоциональное отвержение, и/или виктимизацию со стороны сверстников и находился в сообществе, от которого постоянно исходила угроза, стоящие перед терапевтом задачи будут сложны и их решение может занять много времени.

Конечно, на самом деле все обстоит куда сложнее, и эта книга является тому подтверждением. В чистом виде «второго сценария» как такового не существует. Когда ребенок подвергается воздействию множества разных унижающих и травмирующих обстоятельств, невозможно диагностировать определенный синдром и выбрать единственно правильный вариант терапии, четко прописанный в учебнике. Напротив, каждый случай требует отдельного специфического решения, основанного на текущих проявлениях и особенностях травмы, ресурсах конкретного ребенка и его типе привязанности. И хотя любое эффективное лечение обычно предполагает хороший контакт терапевта и пациента, работу с эмоциями, «вытаскивание» и осознание травматичных воспоминаний, переосмысление искаженных

представлений, эти и другие задачи достигаются различными способами (речь идет о продолжительности терапии, контексте, интенсивности и смене фокусов внимания) и обязательно будут отличаться для каждого ребенка. А потому в процессе терапии очень важно не упускать из виду ни «леса», ни «деревьев», то есть перед терапевтом стоит двойная задача: 1) основываясь на имеющихся эмпирических и клинических данных, выработать разумную стратегию; 2) неизменно учитывать индивидуальную симптоматику ребенка, его потребности, уязвимые места и особенности личности.

В книге Элианы Джил отражено растущее понимание того, насколько сложна и вариативна терапия травмы. Ее текст — это размышления прагматически мыслящего исследователя, плод многолетнего опыта работы с травмированными детьми и подростками. Эта книга, как и любой современный научный труд, содержит описание множества подходов, с подробным анализом различий и преимуществ каждого из них. Я также считаю очень полезными практические советы, основанные на личном опыте автора.

Доктор Джил призывает к тому, чтобы использовать больше разнообразных методик при лечении травмированных детей, адаптируя и творчески применяя их в каждом конкретном случае, что требует от терапевта как владения различными техниками, так и, в полном смысле слова, человечности.

*Джон Бриер,  
доцент кафедры психиатрии и психологии  
Медицинской школы Кека,  
Университет Южной Калифорнии*

# **ЧАСТЬ 1**

---

## **КОНТЕКСТ КЛИНИЧЕСКОЙ РАБОТЫ**



---

## ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ, ПЕРЕЖИВШИМИ НАСИЛИЕ

Задача этой книги — показать эффективность интегративного подхода в работе с травмированными детьми, особенно с теми, кто пострадал от насилия. Этот подход позволяет учитывать возрастные, языковые и когнитивные особенности ребенка. Кроме того, он помогает «разговорить» детей, которым зачастую очень сложно обсуждать физическое и в особенности сексуализированное насилие. А если насилие исходит от близких, то ребенок может оказаться совершенно неспособен справиться с тяжелыми чувствами и мыслями.

За тридцать лет практики я провела терапию — краткосрочную или длительную — с тысячами детей, пережившими насилие, а также с их родными и близкими. Мой опыт показывает, что каждый ребенок и каждая семья уникальны, впрочем, как и процесс терапии в каждом конкретном случае, а раз так, то чем больше теоретических знаний и практических навыков имеется в распоряжении врача, тем более успешным будет лечение.

В первой части книги я рассказываю об основных терапевтических подходах, на которые опираюсь в своей работе. После описания процесса комплексной диагностики (см. главу 2) я кратко излагаю задачи терапии (глава 3). Затем я пишу о пользе экспрессивных методов терапии (игровой, песочной и арт-терапии, см. главу 4), которые помогают вовлечь в процесс лечения невербальных детей, а также детей, которые не хотят в нем участвовать. В главе 5 рассказываю о когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), которая замечательно подходит вербальным детям. Кроме того, я подробно объясняю, почему

эти методы хорошо использовать комплексно, а не по отдельности. В главе 6 обсуждается системная работа с детьми, пережившими насилие, поскольку дети, участвующие в терапии, так или иначе проходят диагностику и лечение в рамках своих семей, различных сообществ и культуры в целом. В главе 7 я рассматриваю такие аспекты работы с травмированными детьми, как посттравматическая игра и диссоциативные реакции.

Во второй части книги приведены четыре клинических случая, иллюстрирующие преимущества интегративного подхода.

Моя работа основывается на нескольких базовых теориях, а также на опыте работы с детьми, пострадавшими от насилия, и их семьями — все эти люди очень отличаются друг от друга, хотя они и приходят на терапию из-за схожих событий в жизни. Убеждения и подходы, которые формируют и направляют терапевтическую работу, постоянно пересматриваются и могут использоваться в большей или меньшей степени — в зависимости от появляющихся эмпирических данных, текущего клинического опыта и потребностей конкретного ребенка и его семьи. Работа с травмированными детьми также требует постоянного и пристального внимания и к самому себе, чтобы вовремя замечать и обрабатывать контрпереносные реакции.

Наибольшее влияние на меня оказали теория травмы, сочетание когнитивно-поведенческой и экспрессивной терапии, мои собственные наблюдения за устойчивостью детской психики (и наблюдения моих коллег), неопровержимые доказательства воздействия серьезного стресса на мозг ребенка (и новые исследования, показывающие, что некоторые последствия пережитого стресса все же можно устранить), а также актуальность контекстной и системной работы.

## **ТЕОРИЯ ТРАВМЫ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ**

Понятие «травма» в современном мире расплывчато: это слово можно услышать от человека, который сдает экзамен, идет делать новую стрижку, готовится к выступлению на сцене или едет в метро в час пик — словом, его часто употребляют, когда речь идет о простом дискомфорте или максимум небольшом

стрессе. Во всех этих примерах понятие травмы употребляется в его обыденном, обиходном значении, и это плохо, поскольку из-за этого теряется значение терминологическое.

Впрочем, среди профессиональных психологов также нет согласия касательно определения травмы. Так, существуют два принципиально разных критерия оценки тяжести негативного события (и, следовательно, градации того, что относить к травме, а что нет): одни видят прямую связь с тяжестью физического ущерба (смерть близких, угроза жизни, тяжелые увечья), другие отмечают, что и при небольшом физическом ущербе психологические последствия могут быть тяжелыми и длительными.

В «Руководстве по диагностике и статистике психических расстройств» травмирующее событие определяется так: «...событие, включающее фактическую смерть или угрозу жизни, серьезную физическую травму или другую угрозу физической неприкосновенности; или наблюдение за событием, включающим смерть, физическую травму или угрозу физической неприкосновенности другого человека; или получение информации о неожиданной или насильственной смерти, о причиненном серьезном вреде, об угрозе жизни или получении увечья, с которыми столкнулся член семьи или другой близкий человек» (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000).

А Ван дер Колк отмечает, что наиболее важным критерием в определении травмы и ее разрешения является потеря контроля, которая «подкашивает» человека (и тем более маленького ребенка). Потеря контроля имеет серьезные последствия: «...если ребенок не может справиться с дистрессом или если его источник — близкие люди. Если дистресс не ослабевает, ощущения ребенка, аффект и когнитивные способности оказываются разобщены и диссоциируются на сенсорные фрагменты — то это приводит к тому, что ребенок перестает понимать, что происходит и, соответственно, как ему действовать» (*van der Kolk*, 1987).

В ситуации травмы важно, помимо прочего, понимать, разовая она или повторяющаяся. Важно и то, что послужило ее источником. Есть разница между травмой, полученной в результате стихийного бедствия (урагана, землетрясения и т.п.),

случайного события (автомобильной аварии и т.п.) или действий преступного сообщества (террористы и т.п.); так же, как есть разница между последствиями агрессии со стороны незнакомого человека (изнасилование в парке, по дороге домой и т.п.), знакомого (изнасилование в школе, спортзале и т.п.) или члена семьи (изнасилование-инцест). Психологические воздействия в этих случаях будут различными.

Термин «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР) существует уже давно, но в современной научной литературе о детской травме недавно появился новый, более точный, — «травматическое расстройство развития» (*van der Kolk*, 2005, р. 404), который описывает хроническое проявление одной или нескольких травм, оказывающих постоянное негативное влияние на развитие ребенка. Для такого расстройства характерны аффективная и поведенческая дисрегуляция, завышенные ожидания и функциональные нарушения. В этой книге мы рассматриваем ПТСР в том значении, в котором его понимал Ван дер Колк, — как результат постоянного влияния жестокого обращения на развитие ребенка (в особенности сексуализированного насилия). При этом, конечно, важно помнить, что контекст тоже играет роль в появлении такой травмы. Дополнительнымиотягчающими обстоятельствами часто служат злоупотребление наркотиками, насилие в семье, влияние окружающей среды (бедность, социальная несправедливость и т.д.). И хотя в литературе, посвященной жестокому обращению с детьми, подчеркивается тяжесть именно сексуализированного насилия, все формы жестокого обращения (физическое и эмоциональное насилие, пренебрежение нуждами ребенка) могут быть чрезвычайно травмирующими.

Еще одним важным фактором является индивидуальная реакция. Одни люди находят в себе силы справиться, даже если им был нанесен большой ущерб, а другие долго переживают, казалось бы, незначительное событие, «застревают» в этом переживании — все зависит от внутренних ресурсов каждого человека.

Например, у ребенка, долгое время подвергавшегося насилию, может быть такой склад характера и такая поддержка окружающих, которые позволят ему быстро справиться с травмой

и построить прочные доверительные отношения с людьми, в то время как ребенок более уязвимого типа и/или без должной поддержки не справится и с гораздо менее тяжелой травмой.

Таблица 1

### Индивидуальные реакции на травму

<b>Сильное травматическое воздействие</b>	<b>Слабое травматическое воздействие</b>
<p>Невозможность справиться с трудностями</p> <p>Копинг-стратегии неэффективны или отсутствуют</p> <p>Внутренние ресурсы недоступны</p> <p>Внешние ресурсы недоступны</p> <p>Невозможность самовыражения</p> <p>Симптомы сохраняются</p> <p>Бессилие сохраняется</p> <p>Отсутствие самоконтроля</p> <p>Невозможность разрешения экзистенциального кризиса</p> <p>Травма не может быть разрешена или будет разрешена с ущербом для ребенка</p>	<p>Развивается умение справляться с трудностями</p> <p>Эффективные копинг-стратегии</p> <p>Внутренние ресурсы доступны</p> <p>Внешние ресурсы доступны</p> <p>Возможность самовыражения</p> <p>Ослабление симптомов</p> <p>Возрастание надежды</p> <p>Восстановление самоконтроля</p> <p>Возможность разрешения экзистенциального кризиса</p> <p>Возможность разрешения травмы</p>

Реакции на травму зависят от возраста, когнитивных способностей, копинг-стратегий, темперамента, а также от мироощущения, мотивации и общей устойчивости ребенка.

К факторам, определяющим реакцию на травму, относятся:

- особенности ребенка — его возраст, общее состояние до получения травмы, уровень поддержки близких, история травм в прошлом;
- характеристики травмы — ее тип, уровень и продолжительность, количество и степень повторных травматических воздействий;
- родные и близкие — их прошлые и текущие психические расстройства, травматический опыт;

- отношения ребенка с родными и близкими — качество отношений, восприятие ребенка;
- контекстуальные факторы — социально-экономический статус семьи, текущий жизненный стресс.

Независимо от конкретных обстоятельств, не стоит недооценивать способность детской психики к восстановлению. Последствия одной и той же травмы могут быть очень разными, и предсказать их невозможно. Далее мы рассмотрим два основных типа реакции на стресс.

## **ИНСТИНКТИВНЫЕ МОДЕЛИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ДЕТЕЙ С ТРАВМОЙ**

Детям свойственны два стандартных способа справиться с эмоциональной травмой. Те, кто пользуется *первым способом*, стремятся разобраться в случившемся, преодолеть растерянность и отчаяние и обрести душевное равновесие. Они будут обсуждать ситуацию: или напрямую — при помощи слов, или «расскажут» о том, что их тревожит, через игру.

Один из моих пациентов, маленький мальчик, переживший физическое и сексуализированное насилие, впервые оказавшись у меня в кабинете, первым делом направился к полкам с игрушками. Среди них он поначалу выбрал две — страшного монстра и маленького пупса — и затеял с ними игру, которая заключалась в том, что монстр нападал на пупса. Но потом он взял с полки фигурку супергероя, который вскоре победил и прогнал монстра. Говорить о пережитых ужасах этот мальчик был не в силах, но «рассказал» свою историю с помощью игрушек. Монстр символизировал его страхи, пупс — его уязвимость и беспомощность, а супергерой — могучего помощника (обычно это родитель, полицейский и т.п.). Этот ребенок знал, что в случае опасности ему помогут. Формат игры позволил ему контролировать ситуацию и добиться ее благополучного разрешения, благодаря чему он стал чувствовать себе гораздо увереннее.

При *втором способе* поведения дети избегают болезненных воспоминаний или подавляют их. Они отказываются не только

говорить о насилии, но даже думать о нем; замыкаются в себе, не хотят участвовать в игровой терапии; зачастую их реакции «заморожены». Таким детям необходима помощь, чтобы раскрыться.

Многие дети, пережившие насилие, говорят: «Когда я думаю об этом [о насилии], мне плохо, поэтому я не хочу об этом думать и говорить». И это совершенно понятно: когда человеку больно и страшно от воспоминаний, он избегает их и таким образом оберегает себя от боли — так работает самозащита. Однако это приводит к тому, что у него возникает устойчивый паттерн избегания и он подавляет отрицательные эмоции и мысли, не прорабатывая их. Хотя подавление и приносит временное облегчение, оно также требует массы усилий, в долгосрочном смысле непродуктивных, поскольку проблема остается не решена и служит постоянным источником боли. Когда дети постарше говорят мне, что не хотят думать о насилии и предпочли бы о нем забыть, я отвечаю, что лучший способ оставить болезненные воспоминания в прошлом — признать их наличие и разобраться в них. Я объясняю, что если человек бежит от воспоминаний, то может возникнуть «эффект парового котла»: мысли, воспоминания и ощущения, связанные с насилием, долгое время «кипят под крышкой» и в какой-то момент могут неожиданно «взорваться».

Конечно, не нужно заставлять детей говорить о насилии, если они к этому не готовы. Результатом такого давления станут либо поверхностные (приспособительные) ответы, которые ребенок дает, чтобы угодить вам, либо вспышка возмущения и отказ от контакта. Необходимо дать детям возможность двигаться в комфортном для них темпе, прибегая к разным типам коммуникации (вербальной, невербальной и игровой). С другой стороны, излишне потакать их уклоняющемуся поведению тоже не стоит, поскольку это закрепит такой паттерн.

Помимо явного избегания, дети могут использовать и другие методы для подавления воспоминаний о травмирующем событии. Моя очень хорошая подруга и двое ее детей несколько лет назад попали в автомобильную аварию. Старший ребенок получил серьезные физические травмы, когда его выбросило из машины,

у младшего же не было ни царапины. Спустя некоторое время я разговаривала с младшим о произошедшем, и он говорил об аварии подробно, быстро и энергично — как делал уже около трех недель подряд. Однако рассказывал он так, будто это был сюжет фильма, будто это случилось с кем-то другим — его дистанцированная позиция уменьшала воздействие стресса. Ему потребовалось много времени, чтобы в полной мере пережить ситуацию. Постепенно он научился говорить об аварии «изнутри», проживать обуревавшие его тогда чувства еще раз, называть их и не впадать в подавленное состояние.

Другой механизм избегания был у десятилетнего Хайдена, пострадавшего от сексуализированного насилия со стороны пастора — человека, которому он доверял. Хайден очень долго не рассказывал о насилии, но при этом днями и ночами думал о нем. Он винил себя в том, что не сопротивлялся насильнику, не убежал, не рассказал родителям, в том, что у него возникла эрекция, когда насильник трогал его, и в том, что мастурбировал по ночам.

Он начал воспроизводить то, что с ним сделал насильник, со своим братом Джейми. И велел никому об этом не рассказывать, «а не то...» После того как это произошло во второй раз, Джейми рассказал обо всем матери. Хайден возмущенно все отрицал, ударил брата, впал в истерику и заперся в своей комнате, где просидел несколько часов.

Родители приняли решение отвести его на прием к терапевту. В разговоре со мной Хайден повторял, что брат лжет и говорит «гадости». Он не был готов обсуждать, что же на самом деле произошло, и я не стала давить, а решила действовать постепенно.

Через пару сеансов Хайден нарисовал себя с пистолетом в руках: он объяснил это тем, что «повсюду плохие парни». Одного из таких «плохих парней» звали Скотт, он был пастором в церковной школе Хайдена. Скотт вел себя агрессивно по отношению к детям, и Хайдену было сложно это выносить. Мальчик чувствовал, что пастор ведет себя неправильно, но подавлял эти чувства и, не умея ни объяснить их, ни справиться с ними, испытывал сильный стресс. В силу разных причин он стыдился рассказать обо всем родителям, что, разумеется,

помогло бы, и вместо этого бессознательно воспроизвел насильственные действия с братом, что в конечном итоге было равносильно «рассказу». Однажды, когда он уже долго ходил ко мне на терапию, он вдруг сказал: «Я понял! На самом деле я хотел рассказать, что со мной случилось, когда причинял боль Джейми. Я не хотел ему навредить». Чуть позже он искренне извинился перед братом и неожиданно поблагодарил его за то, что тот рассказал обо всем родителям.

Случай Хайдена служит иллюстрацией нескольких психологических механизмов: подавление, навязчивое воспроизведение ситуации и невербальный «рассказ» о том, что невозможно выразить словами. Оба эти механизма — избегание и, наоборот, попытка разобраться в случившемся — могут проявляться у ребенка по отдельности или вместе на сеансах терапии или вне ее — и на то, какой механизм сработает в каждом конкретном случае, влияет большое количество факторов. Я считаю, что вне зависимости от того, какой механизм срабатывает у пациента, терапевт должен адаптировать свой подход к каждому конкретному ребенку.

## **ЭКСПРЕССИВНАЯ И КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ**

### **Экспрессивная терапия**

Основной тезис вербальной терапии: «Расскажите, и вам станет легче». На мой взгляд, это не всегда так — бывает, что, рассказав, человек впадает в еще большую тревогу. Одна из причин этого кроется в том, что облеченная в слова проблема словно становится более реальной, и от этого решить ее становится сложнее.

Есть люди, которым кажется, что мир рухнет, если они расскажут о том, что с ними произошло. Когда они все же решаются на это и видят, что ничего ужасного не случилось, то испытывают облегчение и уже легче идут на контакт, столь важный в терапии. Другие, напротив, изначально готовы к разговору и уже от самого факта изложения ощущают себя

увереннее — у них меняются тон и голос, а рассказ становится более эмоциональным.

Возможность откровенного рассказа существенно осложняют табуированные темы, которые есть во многих культурах, — и преодолеть такие запретные барьеры человеку бывает крайне сложно. Он ощущает себя вдвойне виноватым из-за того, что нарушил их, и боится осуждения (особенно если речь идет о его семье). Кроме того, рассказать о проблеме для многих означает потерять контроль над ситуацией, стать уязвимым.

Что касается детей, тут большую роль играет их возраст, а также уровень общего и речевого развития. Помимо этого, в одних семьях принято рассказывать о том, что происходит в жизни, а в других нет. Недавно я работала с девочкой, которую родители и учителя заставляли делиться своими переживаниями. В результате на терапии она не хотела говорить вообще ничего, предпочитая невербальные и экспрессивные способы общения.

Экспрессивная коммуникация — единственный способ младенца общаться с миром. Речевая коммуникация, которой человек овладевает намного позже, — гораздо более сложная форма общения, потому что собеседники должны наделять слова одним и тем же значением, а слушатель должен улавливать все нюансы в речи говорящего: интерпретировать его тон и то, какие слова он использует. Поэтому, работая с детьми, важно находиться на их уровне и стараться понять те образы, которые приходят им в голову, не принуждая их быть более реалистичными.

Как-то я попросила одного своего восьмилетнего пациента: «Нарисуй, пожалуйста, себя». Он нарисовал дерево и чей-то хвост, который выглядывал из-за большого камня. Потом он пояснил: «Это белка, она сидит за камнем». Я могла пойти разными путями, чтобы понять, почему его автопортрет именно таков. Например, я могла бы сказать так:

- «Почему белка прячется за камнем?» (Этот вопрос требует проясняющего ответа.)
- «Должно быть, этой белке очень страшно?» (Тогда я назвала бы эмоцию, наличие у себя которой ребенок, возможно, не готов признать.)

Конец ознакомительного фрагмента.  
Приобрести книгу можно  
в интернет-магазине  
«Электронный универс»  
[e-Univers.ru](http://e-Univers.ru)