

Содержание

Об авторах	11
Благодарности	13
Введение	15

Часть I.

Понимание комплексных травм и диссоциаций

Глава 1. Значение и влияние комплексной межличностной травмы	19
1.1. Посттравматическое стрессовое расстройство и комплексное посттравматическое стрессовое расстройство	23
1.2. Травма развития	25
Глава 2. Комплексные травмы и диссоциации	32
2.1. Модели комплексных травм и диссоциаций	40
2.2. Модель состояния эго	41
2.3. Модель BASK	43
2.4. Последовательная модель	44
2.5. Структурная модель диссоциации	45
2.6. Этиология	47
Глава 3. Нейробиология травмы и диссоциации	49
3.1. Память	56
Глава 4. Диагностика	58
4.1. Распространенность комплексных травм и диссоциативных расстройств	59
4.2. Скрининг и диагностические тесты на ПТСР	64
4.3. Скрининг и диагностические тесты на диссоциацию	65
4.4. Анамнез: кто клиент?	67
4.5. Неформальная оценка диссоциации	74

Часть II. Лечение

Глава 5. Обзор трехэтапной модели лечения и задач каждого этапа	81
5.1. Этап 1: безопасность и стабилизация — настройка контекста терапии, границ, ожиданий, соглашений	84
5.2. Этап 2: память и скорбь — лицом к лицу с тем, что произошло	96
5.3. Этап 3: интеграция	105

Часть III. Осложняющие факторы

Глава 6. Основопологающие трудности	111
6.1. Привязанность	114
6.2. Разрыв и восстановление	118
6.3. Проблемы границ	120
6.4. Зависимость или поддержка	124
6.5. Треугольник Карпмана	126
6.6. Отношения, диктуемые ролями	131
6.7. Стокгольмский синдром	132
6.8. Локус контроля — внутренний и внешний	134
6.9. Учимся взаимодействовать аутентично	142
6.10. Правила	143
6.11. Связь между самовыражением и самовосприятием	146
6.12. Совместная постановка целей	149
6.13. Алекситимия и игра в шарады	155
6.14. Перенос и контрперенос	157
6.15. Работа с памятью	160
6.16. Разделяй и властвуй	162
6.17. Темп как режим испытания	164
6.18. Транс	167
6.19. Нехватка времени	168
Глава 7. Поведенческие трудности	170
7.1. Флешбэки	170
7.2. Как предотвратить или ограничить флешбэки	176
7.3. Самоповреждение	179
7.4. Продолжающееся насилие	184
7.5. Суицидальность	187
7.6. Сексуальность	192
7.7. Угрозы	196

Глава 8. Проблемные эмоции	203
8.1. Работа с гневом	203
8.2. Стыд	210
8.3. Издевательства	215
8.4. Горе	216
8.5. Прощение или примирение	218
8.6. Духовность	221

**Часть IV.
Терапия травмы**

Глава 9. Поддержание баланса	227
9.1. Диаграмма PIESS	227
9.2. Травматерапевт	229
9.3. Система защиты терапевта: свет и тень	233
9.4. Когда остановиться	242
Глава 10. Заключение	244
Ссылки	246
Список литературы	247

Введение

У каждого клинициста есть по крайней мере один клиент, который живет в хаосе, осложняет лечение частыми звонками, постоянным кризисом, непрекращающимся самоповреждением или повторяющимися угрозами суицида. Таких людей называют ходячими проблемами, неприятными типами, манипуляторами или еще похуже. У них запутанная история диагнозов, включая депрессию, биполярное расстройство, генерализованное тревожное расстройство, ПРЛ, шизоаффективное расстройство, расстройство пищевого поведения, а также множественные зависимости. При таком сложном наборе эмоциональных и поведенческих трудностей нет простых решений — только водоворот интрапсихической динамики, подавляющих эмоций и искаженных убеждений, порождающих внутренние бури и внешние страдания. “Трудный клиент” — ярлык, который может отдалить специалиста и сделать терапию еще более тяжелой. Клиент, которого называют “трудным”, почти всегда является человеком, пережившим самые тяжелые испытания. Он выжил, но какой ценой!

В этой книге собраны знания о комплексном посттравматическом стрессовом расстройстве, теории привязанности и диссоциативных защитных схемах, а также о часто упускаемых из виду, но не менее важных вопросах власти, контроля и стыда. Эмпатическая настройка на это сложное взаимодействие позволяет терапевтам формулировать эффективные и детализированные планы лечения. Реакции клиентов переформулируются, что помогает им перейти от оппозиционных или манипулятивных состояний к оценке природы их защитных паттернов, истории жестокого обращения и началу исцеления.

В этом практическом руководстве особое внимание уделяется навыкам, техникам и перспективам, помогающим терапевту установить связь с клиентом и позволяющим последнему выйти за пределы терапевтических тупиков и отыгрывания.

Мы также рассмотрим распространенные реакции терапевтов в ситуациях, когда поведение клиента оставляет у специалиста чувство растерянности, разочарования и замешательства.

Перед терапевтом стоит задача идентифицировать травму таким образом, чтобы продвигать терапию, исследуя то, что выражается через терапевтические отношения. Перед клиницистом стоит задача быть эмпатически вовлеченным и чувствительным к динамике клиента и переносу. Также ему необходимо общаться определенным способом на уровнях, где язык часто неэффективен. Терапевту нужно провести клиента к новым способам мышления и восприятия.

Значение и влияние КОМПЛЕКСНОЙ МЕЖЛИЧНОСТНОЙ ТРАВМЫ

Обращаясь за помощью, они выглядят встревоженными, страдающими от боли, злыми, но вроде бы держащимися на плаву. Ваше сердце сопереживает им, и вы знаете, что сделаете все возможное для оказания помощи. Однако сделать это не так-то просто. В таких людях есть нечто большее, чем можно увидеть на первой встрече или на нескольких последующих.

Одна травма накладывается на другую, что создает бремя, из-за которого трудно жить, работать и доверять людям. Терапия, построенная на фундаменте открытости и эмоционально интимного диалога, может попасть в трясину недоверия, это подвергает сомнению саму суть терапевтических отношений. Тем не менее есть искра надежды, что человек ищет нечто лучшее, пытаясь исцелиться.

Чтобы помочь травмированным людям исцелиться, клиницист должен узнать о травме и о человеке, который пришел за помощью. Это звучит очевидно, но нередко лечение начинается без понимания истории клиента. Все больше и больше практиков учатся задаваться вопросом, что случилось с человеком, а не сразу судить, что с ним не так. Новый подход оказания помощи, основанный на информации о травмах, значительно помог создать атмосферу уважения к клиенту и сформировал предположение, что поведение может быть скорее отражением истории травмы человека, чем каким-либо дефектом личности. Изменение точки зрения — это глоток свежего воздуха в данной области, ощущаемый клиентами и всеми, кто им помогает.

Поведение не определяет человека. Однако поведение часто выражает то, что каждый чувствует, но не может сказать. Если клиенту трудно или

опасно рассказать, что с ним происходит, то его действия подскажут, с какими трудностями человек борется, какой крест несет.

Каждый клиент обладает собственными характеристиками семьи, жизненной ситуации и культуры. Чтобы выжить, люди естественным образом приспособляются к ситуации, в которой оказались. Если это хорошая ситуация, здоровая и безопасная, человек может сосредоточиться на росте и актуализации. Если ситуация негативная, ему нужно адаптироваться, используя свою энергию для выживания, вырабатывая механизмы копинга и частично или полностью пропуская этапы развития. Требуется много времени, чтобы пережить травмирующий опыт, а время и энергия, потраченные на работу с травмой, отвлекают человека от развития во многих других сферах жизни. Зачастую времени на игры, развитие социальных навыков, основанных на доверии, и на то, чтобы свободно исследовать мир, практически нет.

В терапии проявляются поведенческие проблемы. Это неизбежно, поскольку клиент был травмирован, и если эта травма сохранялась долгое время, у него не было возможности научиться здоровой эмоциональной регуляции и социальному обмену. Паттерны и защитные схемы сильны, потому что человеку нужно быть сильным. Изменить эти шаблоны возможно, но сложно, как перестроить фундамент дома, продолжая в нем жить.

Слишком часто поведение клиента становится негативным ярлыком. Клиент отождествляется со своим поведением, и лечение сосредоточивается на управлении его поведением путем контроля над поверхностными симптомами. Поскольку поведение может быть хаотичным или опасным, такой подход понятен, и клиент может приветствовать попытки контролировать симптомы. Однако, если управление симптомами — это все, что делается в терапии, истинное исцеление может никогда не наступить. На людей с проблемами самоидентификации часто навешивают поведенческий ярлык — и он прилипает.

Например, клиентка, пришедшая на прием с диагнозом “обсессивно-компульсивное расстройство”, получила этот ярлык из-за того, что ей нужно было проверять и перепроверять замки на дверях и окнах ночью перед сном. Никто не спрашивал ее об истории жизни. Если бы это было сделано раньше, специалисты выяснили бы, что ее похищали из дома. Сразу стало бы очевидно, что такое поведение мотивировано травмой, желанием оставаться в безопасности, а не обсессивно-компульсивным расстройством.

Другая клиентка представила историю терапевтических неудач в виде истории болезни, состоящей из трех папок толщиной в 6 см, которые документировали ее борьбу во всех мыслимых видах групповой терапии. Как типично для подобных случаев, у нее было несколько диагнозов, включая большое депрессивное, биполярное, шизоаффективное расстройство, а также оппозиционное и вызывающее поведение. И в течение всего времени лечения в специализированных учреждениях никто не удосужился спросить о ее истории. Никто не исследовал конфликты и предательства, с которыми она сталкивалась во всех базовых отношениях до начала терапии.

Терапевтические отношения усложняли ее диссоциативные защитные механизмы: диссоциативная амнезия, деперсонализация, дереализация и состояния диссоциативного транса были отличительными чертами ее копинга с сильным аффектом или конфликтом. По мере того как она уходила в себя перед лицом триггеров в групповом контенте, женщина становилась все менее и менее отзывчивой. В конце сеанса ведущий просил ее уйти, злясь на “вопящее пренебрежение границами группового общения”. Терапевт воспринимал ее как проблемную клиентку, не желающую принимать структуру и правила группы. Она же видела в нем еще одного человека в длинной череде разочарованных и разгневанных авторитетных фигур. Что еще хуже, эти дисфункциональные взаимодействия подтвердили для нее собственную идентичность как неудачницы.

Поведение не формируется в вакууме. Действия почти всегда представляют собой попытку человека справиться со своим окружением. Например, люди учатся манипулировать, если просьба о том, чего они хотят или в чем нуждаются, приводит к лишениям или жестокому обращению. Узнав, что прямой путь ведет к неудаче, они учатся идти в обход. Другим примером является тенденция к постоянным кризисам. Узнав, что единственный выход из кризиса — пройти через него, люди могут на самом деле впасть в кризис, чтобы покончить с ним. Это выглядит контрпродуктивно для многих людей со стороны, но имеет смысл в контексте жизни данного человека. Расспрос об истории клиента, его опыте в семье, школе и других условиях помогает терапевту понять, как определенное поведение могло помогать человеку когда-то в прошлом.

Если клиент был серьезно травмирован или страдал в течение длительного периода времени, вопросы о его истории могут не дать много информации сразу. Клиент может не помнить или не быть в состоянии поделиться тем, что ему запомнилось. Могут присутствовать нарушения

памяти, амнезия и/или избегание, поскольку травма слишком болезненна, чтобы с ней столкнуться. Это не означает, что клиент “сопротивляется”, но его защитные механизмы обороняют от подавляющего аффекта. Это также не означает, что клиент не будет доверять терапевту. У него нет причин доверять терапевту, пока между ними не сформируется доверие. Поскольку предательство является обычным явлением для переживших травму, это доверие может расти очень долго.

Люди с множественными травмами нередко имеют разного рода диссоциативные проблемы. Диссоциация может служить выключателем для эмоций, которые слишком сильны, чтобы их можно было пережить. Также она могла развиваться как способ существования в мире, или и то и другое. В ходе работы с клиентом вы можете наблюдать модели конфликтующего и сбивающего с толку поведения, человека, который может переходить от гнева и стыда к испуганному и застывшему состоянию, попеременно эрудированному и интеллектуально сложному, затем тихому и, по-видимому, способному понимать только самый простой язык. Множественные симптомы могут включать расстройства пищевого поведения, злоупотребление психоактивными веществами, насилие в семье и самоповреждающее поведение. Все эти вещи могут иметь диссоциативные элементы, которые необходимо будет устранить.

Большинство практикующих специалистов в области психического здоровья не обучены выявлять комплексные травмы и диссоциацию у своих клиентов. Если они действительно знают о диссоциации, то могут думать только о самой крайней ее форме, диссоциативном расстройстве идентичности, воспринимать ее как редкое явление и упускать ее признаки и более легкие формы у клиентов, которых наблюдают.

Если клиницист всесторонне изучил расстройства, связанные с травмой, и диссоциативные защитные схемы, потенциальный результат терапии улучшается, и большему количеству клиентов становится лучше.

Осознание того, что травма влияет на людей, существует уже давно. Еще в 1916 г. Зигмунд Фрейд описал психическую травму так.

Переживание, которое в течение короткого периода времени представляет для разума усиление стимула настолько значительное, чтобы с ним можно было справиться или обработать обычным способом, и, таким образом, это способно привести к постоянным нарушениям поведения подобно тому, как действует энергия [41].

1.1. Посттравматическое стрессовое расстройство и комплексное посттравматическое стрессовое расстройство

Одна-единственная травма может оказать разрушительное воздействие на ребенка или взрослого. Однако при единичной травме есть ощущение “до” и “после”, и переход от претравмы к посттравме часто узнаваем для всех. Симптоматика острого стрессового расстройства согласно DSM-5 [31] представляет собой относительно нормальную и понятную реакцию на травматический опыт. Если симптомы сохраняются более одного месяца, считается, что человек страдает посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР).

При ПТСР феноменологическая картина клиента показывает, что состояние чередуется между крайним возбуждением, характеризующимся сверхбдительностью, раздражительностью и ярко проявленными реакциями испуга, и отстранением, оцепенением с уплощенным или притупленным аффектом, социальной изоляцией и ограничительным поведением. Эти чередующиеся защитные механизмы часто усугубляются навязчивыми *флешбэками*, или глубокими инвазивными эпизодами, когда прошлые воспоминания вызываются с такой когнитивной, эмоциональной и сенсорной силой, что кажутся слишком реальными и оставляют клиента неуверенным в том, где и когда тот находится в данный момент. Физиологические, неврологические, эндокринные и психологические элементы этого расстройства оказывают неконтролируемое и невыносимое влияние на жизнь, отношения и самовосприятие клиентов.

Однако по мере накопления травм воздействие становится сложным, и уже нельзя идентифицировать ощущение себя “до”. Подумайте, что происходит, когда травма длится годами. Представьте жестокое обращение, начавшееся, когда ребенок наиболее уязвим и только вступает в решающие периоды психосоциального развития. Подумайте, что происходит, когда обидчик находится в близких личных, эмоционально интимных отношениях с клиентом.

Как это влияет на формирующееся самосознание ребенка? Как это может сообщить ребенку о природе и значении межличностных отношений, о ценности участия в эмоционально открытых, уязвимых и доверительных контактах? Какие интрапсихические защитные схемы могут понадобиться, чтобы справиться с переполняющими чувствами?

Возникающая в результате какофония противоречивых эмоций, интенсивных, непреодолимых эмоциональных реакций, манипулятивного поведения в сочетании с всепроникающим чувством недоверия, стыда и бессилия является отличительной чертой людей, переживших комплексные травматические расстройства.

Серия травматических инцидентов приводит к комплексной травме, но ее симптомы могут также развиваться из-за неадекватной среды в сочетании с одиночной травмой. Неадекватная среда может означать нарушенную привязанность, небезопасные условия жизни, например опасное соседство или близость войны, а также фоном присутствует угроза от легкого насилия до серьезной травмы. В этих случаях человек уже находится на шаткой эмоциональной почве, и одна травма может быть слишком значительной, чтобы справиться с ней. В результате человек ломается.

Что происходит с людьми в момент травмы? То, что Фрейд описывает как “стимул, слишком сильный, чтобы с ним можно было справиться”, можно также описать словами Дениэла Сигела: “...за пределами «окна толерантности» человека, за пределами его способности управлять, терпеть, эмоционально переносить” [88]. Человек становится гипервозбужденным, с невыносимо сильными эмоциями, или гиповозбужденным, глубоко подавленным, без эмоций. *Окно толерантности* представляет уровни интенсивности, высокие и низкие, которые человек может переносить. В их пределах человек чувствует себя способным реагировать и управлять собой (рис. 1.1). Люди узнают свои пределы и будут оставаться в них, если это возможно.

Травма либо отправляет человека за черту, когда эмоции настолько сильны, что он может потерять контроль, либо до уровня, где интенсивность падает, что делает его “мертвым”, лишенным эмоций. Как правило, травмированный человек колеблется между крайностями, от гипервозбуждения к гиповозбуждению, переживая волны взлетов и падений, которые со временем постепенно уменьшаются. Находясь в таком состоянии, человек становится менее способным переносить новые поступающие раздражители. Уже переживая подавленность, мы мало что можем принять или адекватно пережить. Простые, обычные разочарования или трудности ощущаются как непреодолимые кризисы, и человек неспособен совладать с ними обычными способами. По мере того как пострадавший выздоравливает, волны эмоций стихают, и если процесс исцеления проходит хорошо, его способность переносить эмоциональную напряженность

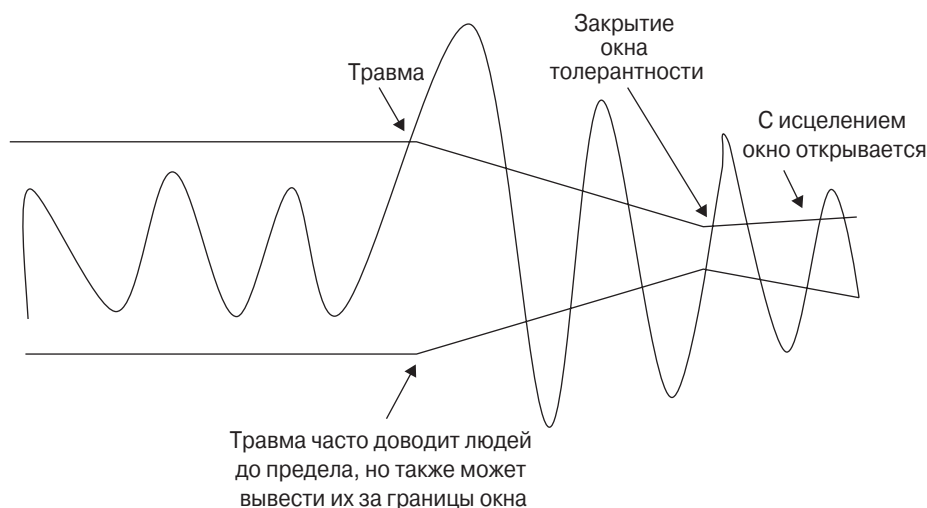


Рис. 1.1. Окно толерантности

возрастает. Возможен посттравматический рост с лучшей способностью переносить более высокие и низкие уровни эмоциональной интенсивности и оставаться в сознании и присутствовать в происходящем. Однако без исцеления окно толерантности может оставаться узким, что приводит к неспособности совладать с сильными эмоциями, приходящими после травмы.

1.2. Травма развития

“Постоянные нарушения подобно тому, как действует энергия” [41] — это выражение может быть иным способом описания травмы развития. Нормальное развитие ребенка нарушается из-за подавляющей энергии травмы и необходимости выживать во враждебной среде.

Травма также влияет на когнитивно-поведенческие концепции развития ассимиляции и аккомодации [83]. Жан Пиаже описывает, как разум младенцев и детей развивается от врожденных рефлексов к осознанным действиям. Когда все идет хорошо, ребенок переходит от простых инстинктивных или случайных переживаний к последовательным моделям поведения, направленным на удовлетворение потребностей.

Ключевым элементом теории когнитивного развития ребенка Пиаже является акцент на стремлении младенца понять и освоить окружающий мир. Развивающееся у ребенка чувство понимания может быть выражено как все более сложный ряд правил, операций и схем.

Ассимиляция относится к процессу интеграции новой информации, поведения и понимания в существующие идеи, поведение и стратегии копинга с одновременным усилением существующих когнитивных схем. Например, маленький Кевин учится открывать дверь в свою спальню, поворачивая ручку. Он узнает дверь по контуру рамы и по положению круглой ручки. Позже он идет в дом своей подруги Линетт, и ему говорят, что девочка в своей комнате и он должен пойти поиграть туда. Дверь в спальню Линетт выглядит примерно так же — очертания рамы и петли, но вместо круглой ручки здесь рычаг. Немного подумав, маленький Кевин пытается повернуть рычаг, как будто это круглая ручка. Успех! Мастерство! Дверь открывается. Он приспособился к разнице в дверных ручках и освоил новый материал; двери открываются и ручками, и рычагами.

Аккомодация определяет процесс, когда поглощаемая новая информация достаточно отличается, чтобы вызвать сдвиг в существующей когнитивной схеме. В следующий раз, когда маленький Кевин идет навестить Линетт, ему говорят, что она на заднем дворе. Увы, раздвижная стеклянная дверь совсем не похожа на привычный образ в когнитивной схеме Кевина: ни рамы, ни петель, ни круглой ручки, ни рычага. Он застывает, оказавшись в тупике.

Предположим на мгновение, что мать Кевина, заметив его замешательство, демонстрирует, как открыть раздвижную стеклянную дверь. Со вновь обретенным чувством удивления и благоговения мальчик несколько мгновений играет с дверью, открывая и закрывая ее, прежде чем выйти наружу, чтобы присоединиться к подруге. Его представление о том, что такое двери и как они работают, развивается в совершенно новом и неизведанном направлении. Снова растет ощущение мастерства.

Когда формируется достаточный уровень когнитивного понимания и роста, ребенок переходит к следующему этапу обучения тому, как воспринимать мир и отношения. По мере того как ребенок успешно проходит этот сложный курс, возникает чувство собственного “я” — переживание мастерства, способности приспособливаться и осваиваться. Ребенок становится активным участником поиска смысла и понимания. Родитель и другие воспитатели играют ключевую роль в расширении возможностей и облегчении поиска ребенком смысла жизни.

В приведенных выше примерах проявляется другая важная динамика развития. Во-первых, подумайте, когда наш герой успешно открывает дверь с помощью рычага или учится управлять раздвижной стеклянной

дверью. Маленький Кевин добавил к растущему ощущению мастерства еще и автономию [33]. Его развивающееся чувство собственного достоинства растет позитивным и целостным образом.

Вторая динамика, которую следует учитывать, — это качество отношений между маленьким Кевином и его матерью. Мы предположили, что она была “достаточно хорошим родителем”, эмпатически настроенным, чтобы распознать его страдания, и поддерживающим, чтобы предоставить информацию и опору с целью помочь ему справиться с раздвижной дверью. Но что, если она не справится с этой ролью? Представьте, что она и родитель Линетт устраивают встречу как повод выпить. В своем разочаровании и гневе из-за того, что ее прервал разочарованный и плачущий ребенок, мать кричит и шлепает его. Маленькому Кевину не только не удается научиться управлять дверью, его также переполняет чувство стыда. Нарушение процессов обучения (ассимиляции, аккомодации и равновесия) вызывает конфликт и путаницу в развивающемся самовосприятии.

Когда стыд, боль, замешательство и/или конфликт становятся слишком сильными, чтобы с ними справиться, самовосприятие становится слишком широким, чтобы его можно было интегрировать во всеобъемлющее целое. Процесс разделения и структуризации несопоставимых способов бытия, неуправляемой и конфликтующей когнитивной схемы начинает включать диссоциацию.

По мере роста дети дополняют эти когнитивные карты. Существует баланс между объемом и скоростью усвоения новой информации. Пиаже назвал его *равновесием*. Когда на ребенка наваливается слишком много, времени на усвоение нового материала не хватает, и равновесие не достигается. Блокирование материала или диссоциация — это не выбор в определенный момент, а реакция на неспособность воспринять слишком много эмоциональной информации.

Детей учат определять свои эмоции и управлять ими посредством взаимодействия с родителями. Когда родитель здоров, влияние на ребенка очевидно, эмоции признаются и правильно идентифицируются. Родитель продолжает пребывать с ребенком и направлять его через интенсивные эмоции с помощью равновесия, обучая примером, что чувства могут быть выражены через слова, услышаны и обработаны до точки успокоения и возвращения к точке стабильности. Ниже приведена реальная история, которую мы наблюдали во время очень нервного похода по магазинам.

Мать в торговом центре

Это случилось в большом торговом центре незадолго до Рождества. Мать направлялась к парковке. Она везла детскую коляску, заваленную пакетами и сумками из разных магазинов. В коляске также был младенец, а рядом с ней, держась за одну руку, шел маленький мальчик лет трех-четырёх.

Мальчик кричал и плакал: “Я хочу игрушку «Капитан Красная Ракета»!” Мать спокойно пыталась сказать ему, что приближается Рождество и что, возможно, Санта принесет ему эту игрушку. Ребенок не хотел слушать и продолжал плакать и кричать. Когда слезы и мольбы не сработали, он закричал в отчаянии и со всей яростью, на которую способен мальчик его возраста: “Я ненавижу тебя!”

Мать мягко ответила: “Я знаю, что ты расстроен, но подожди, и Санта принесет тебе игрушку”. Не добившись желаемого, мальчик продолжал бушевать, а мать отвечала на каждую его вспышку с постоянным и непоколебимым терпением, переформулируя его гнев в разочарование.

Когда его гнев не принес результатов, маленький мальчик начал использовать крупнокалиберное оружие. “Я не люблю тебя! Я люблю только папу!”

В замешательстве мать ответила: “Я рада, что ты любишь папу”.

Не готовый сдаться, мальчик изменил тактику: “Я не хочу держать тебя за руку”.

Когда они подошли к оживленной парковке, мать объяснила, что ему нужно держаться за нее в целях безопасности. Затем она предложила ему на выбор взять ее за другую руку. Получив, наконец, некоторую власть и некоторый контроль над ситуацией, ребенок решил взяться за другую руку. Мать аккуратно направила его у себя за спиной к другой стороне, где он взял протянутую руку. Они пошли дальше к машине.

В этой истории подчеркивается роль “достаточно хорошего родителя” в обучении модуляции аффекта, в развитии аффективного осознания и во введении эффективного эмоционального словаря.

Здесь мать практикует и моделирует аффективную модуляцию как в своих манерах, так и в поведении, не реагируя гневом и нарастающей яростью на требования маленького ребенка. Она также идентифицирует гнев ребенка и переформулирует его как разочарование. Использование матерью слова “расстроен” помогает ребенку распознавать нюансы и чувства,

выходящие за рамки простой ярости, и дает ему новые слова для лучшего самовыражения. Поддержание безопасных границ (“Ты должен держать меня за руку на парковке”) уравнивается развитием соответствующих уровней власти и контроля (“Хочешь взяться за другую руку?”).

Принимая во внимание как обсуждение теории когнитивного развития Пиаже, так и приведенный выше пример, мы рассматриваем возникновение у ребенка самовосприятия как результат этого сложного взаимодействия между внутренним поиском понимания, успешным прохождением “полосы препятствий”, состоящей из бесчисленных развивающих задач, а также поддержки и руководства со стороны “достаточно хороших” родителей. Когда все работает хорошо, такой ребенок вырастает здоровым, умственно и эмоционально гибким взрослым.

Эти ключевые задачи развития часто не решаются должным образом, когда ребенок растет в жестокой семье. В неблагополучных семьях попытки ребенка протестовать или жаловаться рассматриваются как угроза контролю и власти родителей. На ребенка навешивают ярлык непослушного, грубого, наглого, противного (или еще хуже), и он часто подвергается репрессиям и дальнейшему жестокому обращению. Жестокие родители не помогают ребенку развить ощущение авторитета, власти и контроля. Они также не помогают ребенку развить лингвистические навыки, необходимые для выявления фактов жестокого обращения или детального описания последствий такого обращения.

Для поддержания гомеостатической фикции, что насилия не происходит, дисфункциональные родители, в свою очередь, учат своих детей игнорировать свои чувства и мысли. Дисфункциональный родитель далее отрицает опыт ребенка и/или искажает и деформирует то, что ребенок сообщает. Таким образом, ребенок вырастает без здорового, полного аффективного словаря и без способности идентифицировать и понимать свои чувства.

Соответственно, клиенты испытывают значительные трудности с самовыражением. Им трудно идентифицировать свои эмоции и сопутствующие физические ощущения. У них могут отсутствовать все слова, кроме самых элементарных, для обозначения собственных эмоциональных переживаний. Они колеблются между страхом перед любым проявлением недовольства и приступами неконтролируемой ярости. Мысль о том, что бы сказать “нет”, может посеять ужас в их сердцах.

Когда у человека нет возможности исцелиться, жизнь может стать эмоционально бедной. Травма остается, часто вызывая навязчивые флешбэки, устойчивые негативные когниции, расстраивающие мысли и стыд (особенно у жертв сексуального насилия). При неразрешенной травме человек тратит много энергии на то, чтобы удержаться от крайностей эмоциональной интенсивности, что кажется угрожающим его способности контролировать ситуацию. Жизнь становится сфокусированной на том, чтобы оставаться в безопасности и поддерживать ощущение, будто человек владеет собой. Неспособность противостоять обычному дистрессу, как правило, усиливает чувство подавленности. Избегание и отыгрывание становятся очень знакомыми стратегиями: эмоциональное замыкание, отступление либо использование секса, наркотиков, пищевых крайностей, насилия или других способов, которые человек выявил, чтобы убежать или выразить то, что кажется неуправляемым. Эти стратегии отражают выход человека за пределы окна толерантности и его попытки вернуться в него.

Кроме того, то, что работает для нормального снятия стресса, может усугубить симптомы, по крайней мере на начальном этапе. Медитация — отличный навык для тех, кто пережил травму. Однако медитация предполагает присутствие. Если клиент сталкивается со слишком большим количеством эмоционального или связанного с отношениями материала, медитация может вызвать новую волну подавленности.

Осознанность (майндфулнесс) также направлена на присутствие в моменте, диссоциация же связана с неосознанностью. Эти мозговые активности конкурируют между собой, и можно даже сказать, что диссоциативный разум боится осознанности. Понимание или осознание чего-либо, что может быть или является успешной диссоциацией, противоречит прозрению. Ваша система как бы говорит: “Разбросайте информацию, не соединяйте точки, мы не можем знать, насколько это плохо, нам неизвестно”. Как и при любом сильном вмешательстве, здесь может возникнуть сильная реакция. Майндфулнесс — это очень сильная интервенция, открывающая то, что есть на самом деле. Эта принудительная попытка познать или осознать переводит диссоциативную систему в состояние сверхвысокой готовности. Что делает диссоциативная система, когда сталкивается с новой угрозой? Проявляет тенденцию к усилению диссоциации, еще усерднее работает над тем, чтобы не видеть или не осознавать, чтобы спасти вас [38].

Научиться применять такие навыки для человека, осознающего травму, очень важно для того, чтобы добиться успеха в лечении. Например, медитация для некоторых травмированных людей поначалу лучше всего работает, если они оставляют свои глаза приоткрытыми и фокусируются на картине собственного творения, видимой как будто на экране прямо внутри их головы, между глазами и примерно на пару сантиметров выше. Такой метод повышает эффективность медитации. Сосредоточение внимания на этой области успокаивает разум [39].

Йога — еще одна практика, которую часто рекомендуют пережившим травму. Она позволяет соединить разум и тело, а у большинства травмированных они в той или иной степени разделены. Существуют сотни видов йоги и бесчисленное количество учителей. Сопоставление типа йоги с клиентом имеет большое значение. Кроме того, пережившим травму людям полезно встретиться с инструктором перед занятием, получить представление о том, как проводится урок, найти выходы и предупредить инструктора о потенциальной необходимости прервать занятие. Поощряйте клиента найти класс йоги и учителя, которые поддерживают ощущение надежной привязанности, чтобы человек чувствовал себя замеченным, спокойным и защищенным [25].

Люди, имеющие дело с комплексной травмой, могут применять многие вещи, способные им помочь, но все инструменты важно перенастраивать под них. Клиенты часто осознают свою травму, что является как хорошей, так и плохой новостью. Полезно знать, что вызвало страдания, очень трудно удержать это знание, но редко, если это вообще возможно, люди оказываются способными поделиться с кем-то, кто может услышать и помочь.