

Элиана
Джил

Помощь детям,
пострадавшим
от насилия



Интегративный
подход

Элиана Джил
Помощь детям,
пострадавшим от насилия.
Интегративный подход

Текст предоставлен правообладателем

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=68983104

Помощь детям, пострадавшим от насилия. Интегративный подход:

Издательство Генезис; М.; 2023

ISBN 978-5-98563-671-0

Аннотация

В книге представлен интегративный подход к лечению детей, пострадавших от насилия, в том числе сексуализированного. Элиана Джил применяет в своей работе как директивный, так и недирективный подходы и рассказывает, как адаптировать лечение к потребностям каждого ребенка, комбинируя хорошо подобранный набор методов.

Автор использует приемы игровой, песочной и арт-терапии в сочетании с идеями и стратегиями когнитивно-поведенческой и семейной терапии. В книге описываются способы помощи травмированным детям в обработке болезненных чувств и воспоминаний и приводится множество примеров из практики, которые наглядно иллюстрируют способы воздействия на симптоматику, связанную с травмой. Во второй части книги

приведены подробные описания четырех случаев, каждый из которых раскрывает уникальную ситуацию ребенка и его семьи, процесс принятия терапевтом решений и применения творческих и гибких вмешательств.

Книга будет полезна специалистам, работающим с детьми, а также студентам, изучающим дисциплины, связанные с психическим здоровьем.

В формате PDF A4 сохранен издательский макет книги.

Содержание

От издательства	6
Предисловие	9
Часть 1. Контекст клинической работы	15
1. Основные принципы работы с детьми, пережившими насилие	15
Теория травмы: определение и классификация	17
Инстинктивные модели взаимодействия детей с травмой	23
Экспрессивная и когнитивно-поведенческая терапия	28
Другие трудности, которые могут возникнуть в процессе терапии	33
Выводы	38
2. Комплексная диагностика	39
Многопрофильная основа для диагностики и лечения	39
Расширенная диагностика развития	41
Случай Джина	47
Конец ознакомительного фрагмента.	49

Элиана Джил

Помощь детям, пострадавшим от насилия.

Интегративный подход

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.

© The Guilford Press, 2006

© Издание на русском языке, оформление ООО «Издательство Генезис», 2022

От издательства

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 ре-

бенком. 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 спе-

циальная 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.

Предисловие

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 при-

чины 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 выражать 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 функциональных 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 вто-

рым 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

1. 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 когнитивноповеденческой 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 на-

правляют 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 поте-

ря 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, p. 404), который описывает хрони-

ческое 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. Дополнительными отягчающими 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 поддерж-

ка 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

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

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 напал 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 тре-

бует проясняющего ответа.)

- «Должно быть, этой белке очень страшно?» (Тогда я назвала бы эмоцию, наличие у себя которой ребенок, возможно, не готов признать.)

- «Глядя на твой рисунок, я думаю, что тебе здесь некомфортно и ты стесняешься» (Таким предположением я навязала бы ему свою интерпретацию. И не важно, верная она или нет. Важно, что он был бы вынужден обсуждать *мое* восприятие, а не *его собственное*.)

Если ребенок обсуждает с терапевтом не свою интерпретацию, он отходит от той метафоры, которую выразил в рисунке, и взаимодействует с навязанными идеями, а не с тем, что он сам имел в виду. Из рисунка было понятно, что камень служит ограждением/защитой, но, скажи я об этом, возник бы риск, что пациент замкнется. Дети (да и многие взрослые) часто боятся того, что некто «видит» их насквозь, ведь это делает их уязвимыми.

Вот другие вопросы, которые не напугают ребенка, а, напротив, помогут ему раскрыться:

- «А что белка думает, сидя за камнем?»
- «Белки, они такие шустрые. Хорошо, что до дерева два прыжка?»
- «Давно она там сидит?»
- «А она выглядывает иногда из-за камня? И что видит?»
- «Куда она пойдет, когда надоест сидеть за камнем?»

Обратите внимание: я не спрашиваю «почему», но при этом показываю ребенку, что мне интересен его рисунок. Хотя можно было бы довольно точно интерпретировать рисунок, и не задавая вопросов, я считаю, что важнее как можно больше узнать про метафору ребенка, чтобы лучше его понять. При этом важно не спешить и не давить, а спокойно ждать, когда доверие между вами укрепитя.

Это один из примеров использования экспрессивной терапии. К сожалению, не все специалисты, работающие с детьми, проходят специальное обучение в этой области: несмотря на то, что у них в кабинетах есть игрушки и принадлежности для арт-терапии, недостаток знаний не дает им в полной мере использовать все возможности экспрессивной терапии. Они многое упускают, потому что детям обычно проще понять и выразить себя при помощи экспрессивной терапии (символов, игры, художественных образов, сказки, танца, музыки). В игровой терапии дети могут отождествлять себя с объектами или символами (используя игрушки и фигурки), выражать через них свои мысли и чувства, а затем прорабатывать трудные и болезненные ситуации, находясь в комфортной, безопасной обстановке. При этом иногда проработка происходит на бессознательном уровне, и тогда ребенок прибегает к метафорам, а иногда она может быть последовательной и рациональной.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)

Эффективность когнитивно-поведенческой терапии в работе с детьми, пережившими сексуализированное насилие, начали исследовать в первой половине 1990-х годов. Было доказано, что она весьма эффективна – при условии, что ребенок достаточно взрослый и у него хорошо развиты вербальные навыки (см. главу 5).

КПТ нацелена на поведенческие проблемы, которые могут возникнуть в результате негативного воздействия когнитивных ошибок на эмоции, то есть проблемы, связанные с поведенческой и эмоциональной дисрегуляцией.

Дети, пострадавшие от насилия, зачастую настолько погружены в свои переживания, что не могут адекватно воспринимать ситуацию и управлять своими эмоциями и поведением. Для решения проблем такого рода подходят и КПТ, и экспрессивная терапия – специалисты сами вольны решать, какую терапию (или их комбинацию) использовать с детьми в каждом конкретном случае. На то, каким будет план лечения, влияют много факторов: темперамент ребенка, его интересы, способности, пол, культура, возраст и стадия развития. Именно в выборе и сочетании подходов для лечения и заключается искусство психотерапии.

Другие трудности, которые могут возникнуть в процессе терапии

Сопротивление

У детей очень хорошо развит инстинкт самосохранения, защищающий их от воздействия сильных стрессов. В связи с этим они могут сопротивляться активным, жестким и прямым видам терапии, поэтому в каждом случае необходимо подбирать индивидуальную схему лечения.

Роль нейробиологии

Для работы с травмированными детьми необходимо понимание нейробиологии, поскольку травма негативно влияет не только на состояние и поведение ребенка, но также и на физиологические процессы в мозге. В частности, ранний стресс в виде насилия над ребенком «вызывает каскад нейробиологических событий, которые потенциально могут вызвать стойкие изменения в развитии мозга» (*Teicher et al.*, 2003, p. 33).

Согласно Стин и Кендаллу (*Stien, Kendall*, 2004), «ранние переживания влияют на рост мозговых структур, при этом происходит так называемая “транскрипция генов”, что, в свою очередь, влияет на их активацию».

Хронический стресс всесторонне влияет на мозг: замедляется развитие левого полушария и, в частности, левого

гиппокампа; недостаточно развивается интеграция коры головного мозга; увеличивается частота электроэнцефалографических (ЭЭГ) аномалий; уменьшается размер мозолистого тела. При этом роль последнего очень важна – оно соединяет два полушария головного мозга (*Teicher et al.*, 2004).

Тейхер и его коллеги утверждают:

«Изменения в развитии, вызванные стрессом, предназначены для того, чтобы индивид мог адаптироваться к высокому уровню стресса, с которым он так или иначе будет сталкиваться на протяжении всей жизни. Если, родившись, индивид попадает во враждебный, нестабильный мир, проявления раннего стрессового опыта на более позднем этапе развития будут служить ему подспорьем для адаптации и у него проявятся два типа реакции на стресс: бегство и борьба».

Ван дер Колк подчеркивает: «Многие проблемы травмированных детей можно понимать как усилия по минимизации объективной угрозы и попытку держать под контролем свои эмоциональные переживания» (*van der Kolk*, 2005). Затем он пишет, что, когда дети живут в нестабильной среде, им «может быть сложно понимать свой внутренний мир или окружающих людей. У них нет внутренних ориентиров, на которые они могли бы опираться, и в результате дети не думают, прежде чем что-то сделать, и выражают свои желания через поведение, будучи неспособными их озвучить».

Мозг ребенка развивается постепенно, и переживание насилия в ранние годы может изменить вектор этого развития, что приведет к кратко- и долгосрочным проблемам. К сожалению, эта тема еще мало изучена, однако Дэниел Сигел в своей книге «Растущий мозг» предпринимает попытку собрать воедино все, что об этом известно (*Siegel, 1999*). Он пишет о том, как насилие влияет на ребенка, а также о том, как помочь пострадавшему ребенку.

Современные научные исследования говорят о том, что мозг весьма пластичен и способен восстановиться после повреждения, вызванного травмой. К примеру, поддержка родителей может стимулировать развитие некоторых областей мозга, замедлившееся после воздействия сильных стрессоров. Так действует «интерактивная модель лечения», которая базируется на идее, что окружающая среда влияет на функционирование мозга (*Stien, Kendall, 2004*). Я подробно рассмотрю этот подход в главе 3.

Контекст и системная работа

Личность ребенка формируется в детстве, и то, каким он вырастет, во многом зависит от его взаимодействия с родителями, от их методов воспитания и степени поддержки в семье. При работе с детьми важно понимать среду (семья, социальные условия), в которой они растут, чтобы оказать им необходимую помощь. В процессе терапии важно создать комфортную обстановку, чтобы ребенок чувствовал себя в

безопасности.

Многие дети, попадающие ко мне на терапию, проходят через систему опеки, где и речи не идет о стабильности. Несмотря на то, что цель опеки – дать детям ощущение защищенности и безопасности, определив их в приемную семью, большинство детей часто «кочуют» из одного дома в другой и чувствуют себя при этом очень одиноко. Все решения за детей принимают взрослые. Детям же эти решения не всегда понятны, и иногда им даже может казаться, что взрослые некоторыми своими решениями их наказывают. При этом дети, которых изъяли из семьи, очень тяжело переживают разлуку с близкими – они ощущают потерю и беспокоятся за них – и поэтому крайне нуждаются в поддержке. Есть опекуны, которые хорошо понимают своих приемных детей и знают, как их поддержать, а есть те, кто совсем не знает, что делать. Бывает и так, что опекуны и дети оказываются настолько разными, что у них совершенно нет возможности понять друг друга и поладить между собой.

Для того чтобы в будущем воссоединение семьи прошло гладко, родителям тоже нужно получать психологическую помощь, когда их разлучают с детьми. Разлука – стресс и для родителей, и для детей, поэтому важно, чтобы и те и другие получали качественную психологическую помощь. Терапевты же, работающие как с детьми, так и с родителями, во многих ситуациях вынуждены выходить за пределы оказания сугубо психологической помощи и играть и другие роли (на-

пример, адвоката).

Контрперенос и забота о себе

Когда терапевт работает с детьми, пережившими насилие, а также с их близкими, у него может возникнуть контрперенос. Это может выражаться в виде соматических проблем (головных болей, ночных кошмаров), эмоциональных расстройств (тревоги, страха, повышенного эмоционального возбуждения или депрессии), социальных проблем (отказа от социальных контактов, трудностей в личных или интимных отношениях), внезапной неспособности или нежелании продолжать работу (выгорании), а также в расстройстве пищевого поведения, навязчивых воспоминаниях, излишней эмоциональности и многих других. Сейчас эта проблема, известная как «заместительная травма», широко обсуждается профессиональным сообществом (*Osofsky, 2004a; Nader, 1994; McCann, Pearlman, 1990*).

Очень важно, чтобы терапевт непрерывно отслеживал свои состояния и реакции и сразу же обращался за помощью – в противном случае может потребоваться срочное кризисное вмешательство. Оно требуется, если терапевт работает в полярных состояниях гипервозбуждения или оцепенения, если он неспособен смотреть на вещи объективно и вовлекаться эмоционально, интересуясь проблемами пациента. Мы с коллегой предложили использовать методы игровой терапии, чтобы помочь терапевтам справиться с контр-

переносными реакциями (*Gil, Rubin, 2005*).

Выводы

В этой главе (и в книге в целом) я говорю о том, что работа с детьми, пережившими насилие, требует комплексного подхода, учитывающего потребности пациента. Терапевты должны понимать, что работа с детьми, пострадавшими от насилия, очень сложна и требует не только знаний в области различных теорий и подходов (как теоретических, так и практических), но и профессиональной гибкости. Терапевт должен уметь рассматривать ситуацию с разных сторон, уметь отказываться от предположений, ожиданий и жестких рамок, следить за контрпереносными реакциями и поддерживать себя. Только так можно расширить возможности оказания помощи семьям и детям, находящимся в кризисной ситуации.

2. Комплексная диагностика

Многопрофильная основа для диагностики и лечения

При диагностике и лечении детей, переживших насилие, возникает много сложностей. Специалист вынужден выходить за рамки традиционной психотерапии, потому что ему необходимо одновременно решать различные задачи: нужно думать о безопасности детей, поэтому зачастую приходится брать на себя роль адвоката и взаимодействовать с судебной системой, а вместе с этим – внимательно следить за собой, чтобы не допустить выгорания и заместительной травмы¹.

После того как становится известно о совершенном физическом или сексуализированном насилии или безнадзорности, начинается расследование, в котором участвуют сотрудники полиции и/или органы опеки. Дети проходят медицинский осмотр и психиатрическую экспертизу, а взрослых, совершивших насилие, арестовывают. Детей забирают из их домов и помещают в приемные семьи или в специализированные детские учреждения (как минимум до вынесе-

¹ Заместительная травма – это особая форма контрпереноса, которая возникает у помогающего специалиста в результате эмпатического взаимодействия с травмированными пациентами и их сообщений о травмирующем опыте. *Прим. ред.*

ния судебного решения). После этого начинаются судебные разбирательства, на которых дети могут давать или не давать показания².

В процессе выяснения обстоятельств дела ребенок и его семья взаимодействуют с огромным количеством людей, начиная с органов опеки и заканчивая следователями – и терапевту следует установить и поддерживать рабочие отношения со всеми, кто в этом участвует. Крайне важно, чтобы терапевт был хорошо информирован о текущем состоянии юридических процедур и временных рамках, чтобы защитить интересы ребенка в ходе судебных процессов.

Например, если ребенок будет давать показания в суде, терапевт должен позаботиться о том, чтобы видеозапись сексуализированного насилия не была показана в то время, когда ребенок будет в зале. Другой пример: прежде чем направить ребенка на групповую терапию, терапевт должен убедиться в том, что все юридические процедуры уже были закончены – в противном случае адвокаты защиты могут оспорить дело, говоря о «групповом вмешательстве» (имея в виду, что ребенок добавил к своей истории детали историй других участников терапевтической группы и теперь путается в показаниях).

Ведение дела ребенка, пережившего сексуализированное

² В России нет единой системы взаимодействия с психологами/психотерапевтами в ходе судебных разбирательств. Психологи могут выступать только в качестве свидетелей, и их показания не всегда принимаются во внимание: все зависит как от региона страны, так и от судьи.

насилие, может занимать у терапевта огромное количество времени, потому что обычно ему приходится участвовать во множестве процессов – созывать профессиональные встречи, организовывать телефонные конференции, посещать обзорные совещания с членами семьи ребенка, обсуждать юридические вопросы (включая дачу показаний) с адвокатами и участвовать иным образом, чтобы максимально помочь ребенку.

Расширенная диагностика развития

Взвешенная и всесторонняя диагностика позволяет нам получить информацию о состоянии ребенка и начать процесс терапии. Однако, к сожалению, зачастую терапевты вынуждены проводить диагностику в очень краткие сроки – иногда этого требуют источники финансирования, иногда терапевтов «подгоняют» уже назначенные даты судебных заседаний, а бывает и так, что симптомы у ребенка настолько острые, что диагностика нужна максимально срочно, чтобы как можно быстрее ему помочь.

Расширенная диагностика развития включает:

- ознакомительную встречу с родителями/опекунами;
- получение информации о ребенке и о его поведенческих проблемах;
- проведение от 10 до 12 индивидуальных сессий с ребенком и/или другими членами семьи.

Диагностика отменяется только в том случае, если требуется немедленное кризисное вмешательство – например, было совершено одиночное или групповое изнасилование. В такой ситуации необходимы четкие и структурированные действия. Затем пациентов могут отправить на психиатрическое обследование для госпитализации или медикаментозного лечения.

Многие ситуации, описанные в этой книге, связаны с хроническим инцестом внутри семьи. Внесемейное насилие дети часто (хотя и не всегда) переносят легче, особенно когда незнакомы с насильником. В случаях, когда насилие произошло за пределами дома, им проще обратиться к своим родителям/опекунам за поддержкой и защитой. Однако иногда родители не справляются с собой, когда ребенок сообщает о насилии. Они могут не верить ему, ругать его за то, что не рассказал об этом раньше или сам его не прекратил, – словом, перекалывают ответственность на ребенка. Родитель испытывает чувство вины за то, что не уберег ребенка, и оно на время «блокирует» способность проявлять сочувствие и поддержку. Дети, в свою очередь, могут быть удивлены, услышав, что родители не знали о происходящем, могут думать, что сделали что-то не так, переживать за насильника, обижаться или злиться на родителей за то, что те их не защитили.

Ознакомительная встреча

Ознакомительная встреча обычно длится час, и на нее приходит один или оба родителя без ребенка. Терапевт расспрашивает их о ситуации, о том, как и при каких обстоятельствах ребенок рассказал о насилии, ходил ли он уже на терапию, а также о том, что с ним происходит сейчас. После этого специалист просит родителей заполнить анкету с вопросами об общем состоянии ребенка, его проблемах, успеваемости в школе, о его сильных и слабых сторонах и т. д.

Помимо этого, на ознакомительной встрече терапевт обычно объясняет родителям, как им вести себя с ребенком, потому что все по-разному реагируют на признание детей в том, что они пережили насилие, и на их поведение. Чаще всего родители спрашивают, как им вести себя – будет ли лучше для ребенка «забыть» о случившемся и вообще не обсуждать это, а также что им говорить, если ребенок сам поднимет эту тему.

Если насилие совершил родственник или друг семьи, родители будут вынуждены решать, что они скажут другим членам семьи. При этом важно понимать, что первостепенная цель – помочь ребенку восстановить чувство контроля, поэтому и терапевт, и родители должны положить все силы именно на это.

Случаи инцеста между братьями и сестрами вызывают наиболее острый стресс в семье, поскольку у родителей возникает много разных чувств и мыслей по отношению к обо-

им детям – и к совершившему насилие, и к пострадавшему. Обычно в таких случаях родители испытывают эмоции, связанные с желанием одновременно и наказать, и защитить, и часто с этими эмоциями не справляются.

Первичные эмоции родителей – вина, гнев, стыд и отчаяние – поначалу кажутся им непреодолимыми. У них даже могут развиваться травматический контрперенос и симптомы ПТСР (эмоциональность, навязчивые мысли и воспоминания, повышенная бдительность и т. д.), могут возникать вспышки гнева и жажда мести (в большей степени это свойственно отцам, которые часто говорят о том, что хотят убить человека, причинившего боль их ребенку). В случаях инцеста родители (чаще всего матери) испытывают шок, замешательство и отчаяние.

Работа, которую терапевт проводит с родителями, безусловно, полезна, однако некоторым родителям помимо нее может требоваться терапия (индивидуальная или групповая), помощь по дому, финансовая помощь и т. д.

Диагностические сессии с ребенком: формат и цели

Дети, пережившие насилие (особенно сексуализированное), зачастую страдают еще и из-за реакции родителей/опекунов – неверно истолковывая родительский гнев, печаль и беспокойство, они могут решить, что лучше избегать обсуждения этой темы, чтобы не расстраивать родителей. Поэтому сессии с такими детьми лучше проводить без родителей/опе-

кунов (по крайней мере часть сессий). Обычно дети ходят к терапевту раз в неделю, хотя иногда необходимы более частые встречи.

Диагностика включает несколько этапов. На *первом этапе* (первые 3–4 сеанса) терапевт сосредоточивается на том, чтобы установить с ребенком доверительные отношения, и прикладывает все усилия, чтобы он чувствовал себя комфортно и в безопасности.

На *втором этапе* терапевт узнает у ребенка все, что касается пережитого насилия, при помощи вербальных и невербальных способов.

На *третьем этапе* (последние 3–4 сеанса) терапевт заканчивает диагностику и обсуждает с ребенком или с его родителями (в зависимости от возраста пациента) результаты и направление дальнейшего лечения.

В процессе диагностики терапевт решает следующие задачи:

- определяет общий уровень развития ребенка;
- обозначает текущие проблемы или симптомы;
- выявляет наличие травматического воздействия;
- получает представление о внутренних ресурсах ребенка (копинг-стратегии, уровень развития личности);
- выясняет, как ребенок воспринимает родительскую поддержку, заботу и воспитание.

Особое внимание в процессе диагностики терапевт уде-

ляет:

- физическому функционированию ребенка;
- его моделям взаимодействия с другими людьми (особенно привязанности к значимым взрослым);
- страхам и тревогам пациентов;
- интересу к сексу и пониманию сексуальности (включая наличие сексуальных проблем, повышенный интерес к сексу и отыгрывание травмы);
- наличию признаков диссоциации.

Перед сессией с ребенком

Дружелюбное отношение терапевта может сразу рассеять опасения ребенка по поводу их первой встречи. Часто бывает так, что ребенок попадает к терапевту уже после следственных допросов, медицинских осмотров и разговоров с обеспокоенными родителями, поэтому первая задача специалиста – создать атмосферу, в которой ребенок будет чувствовать, что здесь его понимают и принимают.

Родителям следует предупредить ребенка о том, что он будет ходить к терапевту, работающему с детьми, и что тому интересно с ним познакомиться, узнать, как у него дела и что его беспокоит или тревожит. Если факт насилия уже был подтвержден, а все юридические процедуры окончены, можно уточнить, что терапевт работал со многими детьми, которых трогали в интимных местах. Стоит заметить, что чем младше ребенок – тем меньше ему требуется объяснений.

В процессе диагностики терапевт может предложить ребенку следующие техники (некоторые из них я более подробно описываю в главе 4):

- составление генограммы;
- проигрывание сценариев в песочнице или любые другие формы песочной терапии;
- методика «Раскрась свои чувства»;
- методика «Автопортрет»;
- методика «Кинетический рисунок семьи»;
- работа с символами;
- куклотерапия, игра-драматизация и др.

Случай Джина

Ознакомительная встреча

Джин В. – семилетний американец европейского происхождения. Его направили на терапию после того, как он рассказал об изнасиловании со стороны спортивного тренера, которого семья знала много лет (и который также тренировал старшего брата Джина, Фреда).

Родители были в отчаянии из-за предполагаемого насилия, которое пережил их ребенок, – тем более со стороны давнего друга семьи, предавшего их доверие. Они были уверены, что с Джином «все теперь будет в порядке, ведь, рассказав о насилии, он снял с себя груз ответственности». Однако их беспокоило, не появятся ли у Джина проблемы

вследствие пережитого насилия, а также не подвергался ли насилию и их старший сын Фред.

Родители описали Джина как энергичного, общительно-го и умного ребенка. Миссис В. рассказала, что ее беременность Джином протекала нормально и она чувствовала себя гораздо спокойнее, чем во время своей первой беременности, а потом описала этапы развития Джина, которые были в границах нормы.

Отношения между братьями она назвала «нормальными», с типичными взлетами и падениями. Мистер В. добавил, что между мальчиками была небольшая конкуренция, но с тех пор, как Джин решил сосредоточиться на футболе, а Фред – на бейсболе, они стали ладить намного лучше.

В целом они выглядели счастливой семьей. Казалось, родители были удивлены, что сексуализированное насилие «коснулось их». Они подчеркнули, что не хотят «придавать насилию слишком большое значение», однако также хотят, чтобы Джин «справился со всем» и чтобы это не повлияло на него в будущем.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.