

ОСНОВИ РОБОТИ З ТРАВМОЮ

Підготував: Олександр Гершанов М. Ed, терапевт КПТ

Матеріал підготовлено для учасників тренінгів «Робота з травмою та втратою. Основи супервізії».

Тренінги організовано проєктом Ради Європи «Внутрішнє переміщення в Україні: розробка тривалих рішень», Маріупольським міським центром соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді Маріупольської міської ради та Ізраїльською коаліцією травми.

Ізраїльська коаліція травми (ISRAEL TRAUMA COALITION):

<http://israeltraumacoalition.org>

Проєкт Ради Європи «Внутрішнє переміщення в Україні: розробка тривалих рішень»:

<https://www.coe.int/uk/web/kyiv/idps2-ukr>

Маріупольський міський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді Маріупольської міської ради:

<https://www.facebook.com/mmcsssdmmmr>

Підготовка та друк матеріалу здійснені за підтримки Ради Європи у межах проєкту «Внутрішнє переміщення в Україні: розробка тривалих рішень».



Погляди, викладені в цьому виданні, належать авторам цієї роботи і не можуть за жодних обставин вважатися такими, що виражають офіційну позицію Ради Європи.

Зміст

ВСТУП.....	3
ВИЗНАЧЕННЯ «ТРАВМА» ТА «ТРАВМАТИЧНА ПОДІЯ».....	4
ТРАВМА ЗА ШКАЛОЮ ЧАСУ ТА ВИДИ ДОПОМОГИ.....	5
Гостра стресова реакція.....	5
Основи надання допомоги в гострому періоді травми.....	5
Гострий стресовий розлад.....	7
Посттравматичний стресовий розлад	9
МЕТОДОЛОГІЯ РОБОТИ З ТРАВМОЮ	10
МУЛЬТИМОДАЛЬНА МОДЕЛЬ ПОДОЛАННЯ BASIC PH	11
Психоедукація та робота з моделлю BASIC PH	12
ВІДНОВЛЕННЯ БЕЗПЕРЕРВНОСТІ ЖИТТЯ.....	18
ОСНОВНІ СКЛАДОВІ КОНСУЛЬТАТИВНОЇ ТА ТЕРАПЕВТИЧНОЇ РОБОТИ З ТРАВМОЮ.....	20
РЕЛАКСАЦІЙНІ ТЕХНІКИ	21
ВИСНОВКИ	22

ВСТУП

Ізраїльська коаліція травми заснована у 2001 році і є результатом партнерства неурядових організацій, що спеціалізуються на готовності до надзвичайних ситуацій, стійкості громад та травмотерапії. Працюючи з військовими Ізраїлю, ключовими міністерствами, муніципалітетами, громадськими організаціями та приватним сектором, Ізраїльська коаліція травми (далі – ІКТ) сприяє підвищенню стресостійкості осіб та громад в Ізраїлі, а також у всьому світі задля кращої роботи з подолання криз.

ІКТ працює над підвищенням компетенцій, стресостійкості та покращенням доступу до послуг від першого запиту до тривалої реабілітації. ІКТ створила та керує моделлю центрів стійкості в секторі Газа та інших районах Ізраїлю, які стали відправною точкою реагування від негайних заходів активної готовності до навчання та надання допомоги в режимі реального часу.

Використовуючи найкращі практики, успішні моделі та методи, упроваджені в Ізраїлі, ІКТ зосереджується на розвитку компетенцій та короткостроковому травмоорієнтованому втручанні у всьому світі. ІКТ мала досвід роботи у Шрі-Ланці, Гаїті, Індії, Франції, Японії, Непалі, Філіппінах, Чечні, Німеччині, Україні, Йорданії, США та Мексиці.

Свою діяльність в Україні ІКТ розпочала у 2014 році, коли виникла ситуація, в якій десятки тисяч громадян України були піддані впливу важких стресогенних факторів різного ступеня інтенсивності. Тривала дія нових факторів стресу викликала різного роду симптоми порушення адаптації. У групах ризику опинилися як цивільні особи, так і військовослужбовці і члени їхніх сімей.

Для системи надання соціально-психологічної допомоги виникла потреба в підготовці фахівців, що здатні надавати доступну, короткострокову допомогу, засновану на сучасних принципах роботи з людьми, які пережили травматичні події.

ВИЗНАЧЕННЯ «ТРАВМА» ТА «ТРАВМАТИЧНА ПОДІЯ»

Слово «травма» вживається щоденно. Майже будь-яку подію, що сильно вплинула на душевний стан, називають «травматичною подією» або «травмою», **що не завжди відповідає професійним критеріям** цього визначення.

Американська класифікація психічних розладів (DSM) згадує травму як частину визначення посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Це означає, що для отримання такого діагнозу **фахівець повинен підтвердити**, що людина пережила травматичну подію.

Травматична подія – подія, при якій людина вважає, що **існує явна небезпека** для її життя, фізичного або психічного здоров'я чи для життя і здоров'я близької їй людини. **Це відчуття виникло в розпал події** (навіть якщо пізніше з'ясувалося, що реальної небезпеки не було) і призвело до фізіологічних, поведінкових або емоційних реакцій.

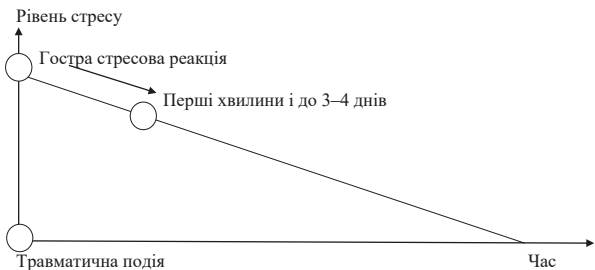
У більшості людей, які пережили травматичну подію, сила симптомів знижується і симптоми проходять протягом місяця. **У частини людей реакції**, що виникли під час травматичної події, зберігаються і **сприяють розвитку різного виду розладів адаптації**.

Соціально-психологічна допомога для людей, які пережили травматичну подію, покликана перш за все **знижити ризик виникнення посттравматичних розладів**, а також сприяти розвитку стресостійкості, яка надалі допоможе адаптивно долати стресогенні події.

ТРАВМА ЗА ШКАЛОЮ ЧАСУ ТА ВИДИ ДОПОМОГИ

Гостра стресова реакція

Гостра стресова реакція виникає під час проживання травматичної події і може тривати **до 3–4 днів після неї** зі згасанням і/або зникненням симптомів.



Основи надання допомоги в гострому періоді травми

У гострому періоді людина, що пережила травматичну подію, може демонструвати дуже сильні реакції.

Перше завдання фахівця – переконатися в тому, що ці реакції не наносять прямої фізичної шкоди самій людині і її оточенню.

Після цього **фахівець зобов'язаний переконатися в тому, що:**

- у реакції, що спостерігається, є **прямий зв'язок із травматичною подією**, яка відбулася безпосередньо перед розвитком симптомів;

– **у людини немає фізичних травм**, що вимагають медичного втручання.

Потім фахівець вступає в комунікацію з потерпілим.

Основні правила комунікації в гострий період:

– Пам'ятати і розуміти, що в цьому періоді **людина є дуже схильною до навіювання та впливу** і будь-яке слово може спричинити реакцію як миттєву, так і відстрочену.

– Використовувати принцип «приєднання і ведення»: якщо людина сидить, фахівець також сідає; якщо потерпілий рухається – активна психомоторна реакція, то фахівець, «приєднуючись», також починає рухатись, поступово сповільнюючи темп.

– Бути «активною силою», яка повертає людину до ситуації «тут і зараз».

– Використовувати фрази-інтервенції чітко, коротко, впевнено. Нести посил: «Я з Вами, Ви не один... Я можу Вам допомогти».

– Обов'язково представитися: «Я... ім'я... фахівець з надання допомоги в кризових ситуаціях... Волонтер організації... Я знаю, як надавати допомогу у подібних ситуаціях».

– Сфокусувати потерпілого перш за все **на фізичних відчуттях**. Наприклад, взяти за руку і попросити потиснути вашу руку. Цим фахівець сприяє **поверненню контролю до людини** й активізує здатність до відчуття свого тіла.

– Використовувати техніку «три "Так"» задля встановлення ефективного контакту: поставити послідовно три прості запитання, на які людина з великою ймовірністю відповідатиме «Так».

– Поставити питання, що передбачає вибір, або **попросити про щось, що людина здатна виконати**. Наприклад: налити в стакан води для себе, вибрати, що вона хоче ви-

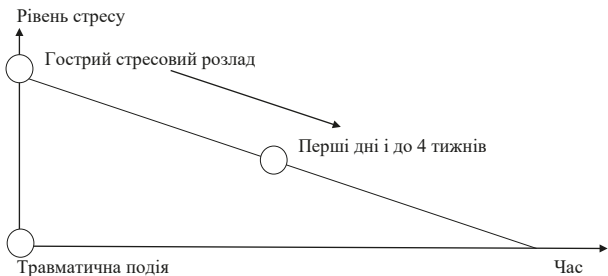
пити – чай чи каву, розповісти, куди вона піде, як тільки відчує себе краще.

- Уникати конфронтації, **підтримувати будь-які позитивні зміни** в поведінці потерпілої людини, заохочуючи словами і жестами.

- Зосередитися на **досвіді потерпілої людини в подоланні стресових ситуацій**, закінчуючи первинну інтервенцію. Звернутися до того, як у минулому вона долала стреси, що саме допомагало їй справлятися.

- Надати **інформацію про можливі стани після травматичної події, контакти фахівців**, до яких людина може звернутися в разі потреби. Здіяти психоедукацію.

Гострий стресовий розлад



До гострого стресового розладу відносять:

Дисоціація – відчуття байдужості, відірваності від дійсності або недостатня емоційність, погане розуміння навколишніх подій (приголомшення), відчуття нереальності навколишнього, відчуття нереальності власної особистості.

Гіперзбудження – надмірна балакучість та/або моторне збудження.

Уникання – небажання говорити про подію, що травмує, відвідувати місця, пов'язані з подією.

Репереживання – емоційне включення при згадці про травмуючу подію, демонстрація інтенсивних реакцій (фізичних і емоційних), ніби подія відбувається в теперішньому часі.

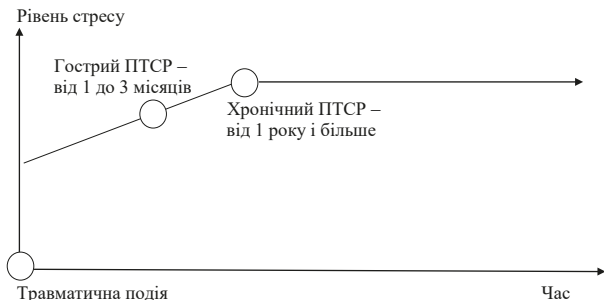
При гострому стресовому розладі успішно застосовуються **методи і інструменти когнітивно-поведінкової терапії**, наприклад експозиції. **Експозиція** в межах когнітивно-поведінкової терапії – це моделювання подій, що викликають напругу і пов'язані з травматичною ситуацією.

Наприклад, людина постраждала в автомобільній аварії і боїться знову водити машину. Експозиції можуть бути побудовані таким чином:

1. Сісти за кермо і, не включаючи двигун, виконати релаксаційні дихальні вправи.
2. Здійснити коротку поїздку знайомим маршрутом.
3. Збільшити дистанцію поїздки, використовуючи доступні ресурси для підтримки – супровід близької людини, музику.
4. Поступово збільшувати дистанцію поїздки навіть до повернення на місце аварії.

Якщо напруга є занадто великою і людина не здатна приступити до експозицій «вживу», то робота з експозиціями проводиться в кабінеті, застосовуючи уяву, малюнок, ліплення.

Посттравматичний стресовий розлад



Важливо! Діагноз ПТСР встановлює лікар-психіатр! За наявності симптомів ПТСР людину необхідно направити на діагностику та комплексне лікування.

На що важливо звернути увагу:

- Пролонгована дія симптомів – вони або не проходять взагалі, або/та їх інтенсивність не знижується.
- Травматична подія постійно переживається – потерпіла людина демонструє мовні та емоційні реакції, як під час проживання травматичної події.
- Емоційне заціпеніння або уникання.
- Підвищена збудливість і почуття фізичного дискомфорту.
- Нічні кошмари.
- Ангедонія (зниження або втрата здатності отримувати задоволення).

МЕТОДОЛОГІЯ РОБОТИ З ТРАВМОЮ

75–80 % людей, які пережили травматичні ситуації, де була пряма загроза їх цілісності та життю, згодом не розвивають посттравматичні розлади, а демонструють адаптивне пристосування і подолання наслідків травматичних ситуацій¹.

Аарон Антоновський – ізраїльський професор медичної соціології – вперше ввів поняття **«салютогенез»**. Це підхід, заснований на душевному здоров'ї та зверненні до ресурсів людини. Такий підхід відрізняється від патогенного, що звернений до патології і способів її лікування. За теорією Антоновського, людина, яка демонструє ефективну адаптивність, володіє «почуттям пов'язаності» з дійсністю (sense of coherence) – особистісною рисою, що показує здатність бачити світ **зрозумілим, осмисленим та керованим**².

«Зрозумілість» світу можлива лише під час **контактування з ним та отримання інформації про нього**.

Під час та після контакту можливі осмислення та керування.

Перешкодою на шляху контакту зі зміненим світом після травматичної події є **відчуття розриву безперервності життя** і відчуття, що «світ зруйнований» і колишні стратегії поведінки не працюють. При цьому можуть бути загублені або змінені соціальні ролі і функції.

Концепцію **опори на здорову частину психіки** також підтверджує **концепція пошукової активності**.

«Активна поведінка в умовах невизначеності (пошукова поведінка) є найважливішим фактором соматичного здоров'я, запобігає виникненню психосоматичних захворю-

¹ European Journal of Psychotraumatology, 2017.

² Antonovsky Aaron. Health, Stress and Coping, 1979.

вань і **підвищує стійкість організму до стресу**. Навпаки, відмова від пошуку є... передумовою до розвитку найрізноманітніших форм патології»³.

Таким чином, **моделюючи** в консультаційному і терапевтичному процесі і **навчаючи людину, яка пережила травматичну подію, пошуковій активності**, фахівець створює умови для збереження не тільки душевного, а й фізичного здоров'я.

МУЛЬТИМОДАЛЬНА МОДЕЛЬ ПОДОЛАННЯ BASIC PH

Один із ключових компонентів у роботі з травмою – **актуалізація ресурсів, які** дозволяють максимально включити механізми подолання та адаптації.

У цьому випадку фахівці використовують мультимодальні моделі, зокрема модель BASIC PH (розроблена ізраїльським професором Мулі Лахадом).

Мультимодальний підхід передбачає **пошук та опору на провідні (ресурсні) модальності**, дозволяє індивідуально знайти найбільш **відповідний засіб подолання** та розширити поведінковий репертуар.

Ресурсні модальності BASIC PH:

Belief (від англ. «віра») – філософія життя, вірування та моральні цінності.

Affect (афект, емоція) – почуття, емоції.

³ Ротенберг В., Аршавский В. Поисковая активность и адаптация. М.: Наука, 1984.

Social support (соціальна підтримка) – суспільство, належність, соціальна організація.

Imagination (уява) – творчість, фантазія.

Cognition (пізнання) – свідомість, реальність, думка.

Physiology (фізіологія) – фізична, чуттєва та діяльна модальність.

Психоедукація та робота з моделлю BASIC PH

Психоедукація (від англ. psychoeducation – «психологічна просвіта», «освіта», «виховання») – необхідний етап у консультуванні/психотерапії, що дає людині **знання про шляхи подолання** наслідків травматичної події.

Завдання консультанта/терапевта в цьому процесі – не просто **дати знання**: розповісти людині про те, що з нею відбувається, або про її проблему (розлад, хворобу, кризу), а й **навчити**, яким чином поводитись з отриманою інформацією.

Тобто не лише повідомити інформацію, а й задіяти процеси, які сприятимуть розвитку адаптивної поведінки (розв'язанню проблеми).

Консультант/терапевт:

а) розповідає положення салютогенного підходу – розгляд наслідків травматичних подій **з опорою на здорові частини психіки та ресурси**;

б) пояснює модель BASIC PH і засоби реалізації ресурсних каналів;

в) акцентує увагу на тому, що кожний ресурсний канал має як адаптивні, так і дезадаптивні прояви.

Наприклад, канал РН – фізичний – може виражатися в «заїданні стресу», у вживанні алкоголю, що є **дезадаптивними** проявами. У разі **адаптивного** прояву цей канал розкривається у фізичній активності, догляді за тілом, приготуванні їжі тощо.

Особлива увага при роботі з моделлю BASIC РН має приділятися поєднанню проявів ресурсних каналів.

В – упевненість у собі, ясні цінності, погляди і вірування.

ВС – непохитні і дуже однозначні вірування і думки.

ВА – схильні бути під впливом вірувань, думок, уявних вірувань.

BS – соціальні цінності.

A – афекти всіх видів.

(A-) – агресивність до себе, загальна деструктивність.

AS – соціальна емоційність (схожість із BS) або соціальна підтримка.

AI – суміш з емоцій, уявних персонажів, жахливих драконів, чудовиськ тощо.

AC – схильність до розуміння емоцій шляхом концептуалізації, час від часу нейтралізація емоцій або контроль над ними за допомогою інтелекту.

S – соціальний тип, готовність брати на себе завдання, потреба в компанії, іноді не для отримання допомоги, а просто з відчуття мети. Джерело підтримки – соціальне оточення або організації.

SC – соціальна усвідомленість, здатність розв’язувати проблеми, практичність у стресових умовах.

SI – соціальна підтримка, що отримується від уявних персонажів (на кшталт Супермена).

(S-) – почуття відчуженості та знедоленості, ворожість.

I – широта уяви як за змістом, так і за охопленням.

IS – здатність до імпровізації, що заснована на знанні фактів.

(I-) – хвороблива уява.

S – когніції, знання, організація та думка. Діяльність відповідає здоровому глузду та фактам.

CPh – конкретні методи мислення, орієнтовані на діяльність.

(C-) – наявні причини для діяльності за відсутності логіки, наприклад, піти на пляж, бо зима. Думки не звіряються із реальністю.

Ph – фізичний тип, експресивність та енергія: рухатися, їсти, страждати, танцювати, подорожувати тощо.

(Ph-) – психосоматичні розлади, бажання накласти на себе руки.

Примітка: знак «-» означає конфлікт (дисонанс) у прояві даного ресурсного каналу. Як правило, дія спрямована всередину – аутоагресія, психосоматичні розлади, когнітивний дисонанс.

Важливо **звернути увагу людини** на те, що **кожний із ресурсних каналів має як адаптивний, так і дезадаптивний прояви.**

Дезадаптивний прояв ресурсного каналу відбувається, коли функціонування людини, її повсякденне життя і комунікації з близьким колом людей страждають. Завдання фахівця – **переорієнтувати поведінку людини до адаптивного використання** цього ресурсного каналу.

Таблиця адаптивних/дезадаптивних стратегій подолання стресу

Позитивні прояви подолання стресу					
Belief (Віра) B	Affects (Емоція) A	Social support (Соціальна підтримка) S	Imagination (Уява) I	Cognition (Пізнання) C	Physiology (Фізіологія) PH
Віра у свої сили, обраний шлях. Віра та вірування – релігія, обряди, амулети, прикмети. Пошук смислів у подіях, що відбуваються	Емоційна підтримка, демонстрація почуттів, емоційний контакт, емпатія, вибір та перегляд фільмів, постанов, що передають емоційний заряд	Належність групі чи організації. Здатність звертатись по допомогу та надавати допомогу, виконання ролі чи функції, робота в групі. Родина та групова підтримка	Творче мислення, зниження стресу за допомогою релаксації (керована уява, мріяння); малювання, ліплення, в'язання, вишивання	Збір інформації, самонавчання на основі минулого досвіду, умовиводи, вивчення правил і законів суспільства, створення шкали пріоритетів, планування сценаріїв, роздуми, реалістичне планування, програми дій	Релаксація, фізичні вправи, ігри, прогулянки, праця. Масаж, плавання, ароматерапія, приготування їжі

Продовження таблиці

Belief (Віра) B	Affects (Емоція) A	Social support (Соціальна підтримка) S	Imagination (Уява) I	Cognition (Пізнання) C	Physiology (Фізіологія) PH	Негативні прояви подолання стресу
Фанатизм, відсутність гнучкості та критичного оцінювання реальності	Поглинання емоціями, надлишкова плаксивість, депресивні стани, агресивність, надчутливість, потрапляння під вплив панічних настроїв і маніпуляцій	Повна залежність від влади/авторитетів. Спілкування лише зі схожими на себе людьми	Заперечення си- туації, втікання у фільми, книги, телебачення, фантазії. Схиль- ність ігнорувати факти, втрата контакту з реальністю, уявлення ка- тастрофічних картин	Ригідність мислення, інтелектуаліза- ція, надмірний інтерес до фак- тів і новин, ігнорування почуттів	Надмірне вживання їжі (об- жерливість), психосоматичні болі, збільшення споживання медикаментів і алкоголю	

Закінчення таблиці

Belief (Віра) B	Affects (Емоція) A	Social support (Соціальна підтримка) S	Imagination (Уява) I	Cognition (Пізнання) C	Physiology (Фізіологія) PH	
Молитви, ритуали (релігійні), перегляд мотиваци- них фільмів (віра у свої сили). Зна- ходження смислів	Джерела емоцій – кіно, театр, спілкування з близькими людьми, про- яв емоцій	Виконання різноманітних соціальних ролей і функцій. Належність до групи, спільноти	Різні види творчості. Імпровізації, гумор, гра	Швідка організація, розв'язання проблем, ведення записів, планування, дотримання алгоритму, перевірка вірогідності і альтернатив	Фізична активність, їжа, природа	Ресурси
Дихотомічне мислення «свій-чужий», ідентифі- кація себе з певною категорією, структурою	Надчутливість, емоційні сплески, відмова від розумних методів подо- лання	Залежність, втрата індивідуальності, сліпе підпорядкування, почуття відчуженості, прагнення «перемогти систему»	Розчарування в дійсності, захоплення фанта- зіями, мріяння, маревні ідеї. Заперечення реальних фактів, невинуватий ризик	Відділення інтелекту від емоцій, нав'язливий самоаналіз, застрягання на одній думці	Гіперактив- ність і по- шуки розваг, виснаження	Ризики

Наприклад, використання каналу «Соціальна підтримка» виражається в перебуванні в соціальних мережах більшу частину доби, і це впливає на режим сну і спілкування із членами родини.

Розуміючи, що для цієї людини саме такий вид відновлення важливий (використання саме цього ресурсного каналу), фахівець запропонує знайти доступні варіанти реалізації ресурсу «Соціальна підтримка», які будуть адаптивними для такого випадку. Наприклад, клуб за інтересами, групова діяльність, волонтерство.

ВІДНОВЛЕННЯ БЕЗПЕРЕРВНОСТІ ЖИТТЯ

Травматична подія, що потребувала сильної, а іноді й позамежної мобілізації ресурсів для її подолання, сприяє появі **у потерпілої людини відчуття розірваності життя** на «до травматичної події» та «після травматичної події».

Відновлення відчуття безперервності життя дуже важливе для інтеграції досвіду подолання до історії життя потерпілої людини.

Види безперервності життя та рекомендації щодо їхнього відновлення

Вид безперервності	Цілі	Втручання
Когнітивна	Відновити почуття контролю над станом речей за допомогою інформації	Надати перевірену інформацію, дати стимул до самостійного пошуку інформації. Розставляти акценти на фактах

Вид безперервності	Цілі	Втручання
Функціональна	Стимулювати можливість відновити звичну діяльність. Протидіяти почуттю безпорадності	Спонукаати людину повернутися до її минулої ролі. Якщо це неможливо, то допомогти обрати роль, що відповідає її здібностям і можливостям
Соціальна	Відновити соціальні та структури підтримки та підтримку від спільноти. Повернути почуття соціальної безпеки. Відновити почуття належності до соціальної групи: сім'я, громада	Спонукаати людину до розмови з іншими людьми про пережите, стимулювати контакти з тими близькими людьми, які можуть надати підтримку
Емоційна	Нормалізація емоцій, що відчуває людина	«Нормальна реакція на ненормальну ситуацію»

ВАЖЛИВО! Рекомендації стосуються гострого періоду (від декількох днів до місяця після травматичної події).

Подальша робота із відновлення відчуття безперервності життя здійснюється в межах соціально-психологічних заходів, що застосовуються в реабілітації наслідків травматичної події. Наприклад, використовуються інструменти:

1. Малюнок «Лінія життя», на якому позначаються основні життєві події і робиться акцент на розповіді про ці події.

2. Метафоричні асоціативні картки. Техніка «Розповідь за трьома картками». Використовують три карти, що символізують «Я у минулому», «Я зараз» і «Я у майбутньому». Завдання – скласти розповідь за обраними картками.

ОСНОВНІ СКЛАДОВІ КОНСУЛЬТАТИВНОЇ ТА ТЕРАПЕВТИЧНОЇ РОБОТИ З ТРАВМОЮ

1. Салютогенний підхід

Стимуляція активності у людини, що постраждала, та нейтралізація почуття безпорадності – див. **Основи надання допомоги в гострому періоді травми.**

Звернення до ресурсних станів, пошук адаптивних засобів подолання наслідків травматичної події – див. **Психоедукація та робота з моделлю BASIC PH.**

2. Десенситизація

Метод заснований на принципі **взаємопов'язаного пригнічення**: страх може бути пригнічений, якщо він замінюється антагоністичною активністю. *«Якщо в присутності стимулів, що викликають тривогу, може бути здійснена реакція, яка пригнічує тривогу, то вона послабить зв'язок між цими стимулами і реакцією тривоги» (Дж. Вольпе, 1962).*

При **систематичній десенситизації** негативна поведінка (тривога, напруга) замінюється позитивно забарвленою реакцією (релаксацією, спокоєм, почуттям контролю над подіями).

При систематичній десенситизації людина, що пережила травматичну подію, поступово, але все більш інтенсивно має стикатись із ситуаціями, що викликають страх, виконуючи при цьому адаптивну поведінку, яка є несумісною зі страхом чи тривогою. Людина **навчається реагувати на ці ситуації іншою поведінкою**, ніж тривога чи страх. У результаті вона стає десенситизованою стосовно них.

Десенситизація є основним елементом при роботі з експозиціями.

Захищене місце

«Захищене місце» – техніка, що сприяє розвитку в людині відчуття захищеності. Вона є частиною протоколів роботи з травмою і спрямована на проведення успішної системної десенситизації.

Техніка може бути реалізована за допомогою метафоричних асоціативних карток, малювання, ліплення або через конструювання моделі «Захищеного місця» з підручних матеріалів.

РЕЛАКСАЦІЙНІ ТЕХНІКИ

Людину, що пережила травматичну подію, важливо **навчити технік релаксації і зниження тривоги**.

З такими навичками вона повертає до себе почуття контролю, відчуття управління власними фізичними реакціями.

Декілька універсальних вправ:

Вправа 1 «Контрольоване дихання»

Сядьте зручно, розслабте м'язи обличчя.

Зробіть повний видих.

Зробіть вдих на рахунок чотири.

Затримайте дихання на рахунок чотири.

Зробіть повний видих.

Важливо! Починати вправу з повного видиху.

Повторювати не більше трьох разів, щоб не викликати гіпервентиляцію і не спровокувати запаморочення.

Вправа 2 «Метелик»

Сядьте зручно. Закрийте очі.

Покладіть ліву руку на праве плече, а праву руку – на ліве.

Почніть ритмічні почергові поплескування по плечах.

Під час вправи можна включити спокійну музику. Час на вправу – максимум 2 хвилини.

Техніка: Прогресивна нервово-м'язова релаксація за Джекобсоном.

Прогресивна нервово-м'язова релаксація Джекобсона заснована на послідовному напруженні і розслабленні різних груп м'язів. Схема виконується за одним і тим самим алгоритмом:

- спочатку потрібно напружити певні м'язи;
- потім усвідомити, відчувати цю напругу;
- розслабити ці м'язи;
- звернути особливу увагу на контраст між станом спокою і напруженням.

ВИСНОВКИ

Робота з травмою – комплекс заходів, що спрямовані на **запобігання розвитку постстресових розладів, на відновлення функціонування людини**, яка постраждала від травматичної події, і на **розвиток її стресостійкості**.

Комплекс заходів при роботі з травмою починається з **першої допомоги, яка має будуватись на принципах легітимації емоцій, нормалізації пережитих станів і, найголовніше, передавати посил: «Ти – нормальна і здорова**

людина, яка в цей момент переживає реакції на ситуацію, що вимагає максимальної мобілізації особистісних ресурсів».

При правильному застосуванні комплексу заходів першої допомоги та вибудовуванні системи підтримки і активізації ресурсів особистості більшість постраждалих не потребуватимуть подальшої психотерапії.

За необхідності подальшої роботи застосовуються психотерапевтичні методи з метою **поліпшення якості життя й розвитку стресостійкості.**

Фахівець фокусується на розвитку **нових поведінкових стратегій адаптації**, відновленні відчуття безперервності життя і поверненні контролю над власним життям. **Використовуються салютогенний підхід, актуалізація ресурсів і системна десенситизація.**

Для нотаток