

# ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИИ И ДРУГИХ НАУК О ЧЕЛОВЕКЕ

---

СМАЛЬТА 2024, № 2

SMALTA 2024, no. 2

Обзорная статья

УДК 159.97+159.923

DOI: 10.15293/2312-1580.2402.01

## Гештальт-подход в работе с психологической травмой и посттравматическим стрессовым расстройством

**Андронникова Ольга Олеговна**

*Новосибирский государственный педагогический университет,  
г. Новосибирск, Россия*

*Аннотация.* Несмотря на то, что не все люди, пережившие травму, испытывают долгосрочные негативные последствия, достаточно часто опыт травмы влияет на психологическое, социальное, физическое и профессиональное функционирование, что определяет необходимость изучения технологий ее проработки. Термин «травма» относится к переживаниям, которые вызывают интенсивные физические и психологические стрессовые реакции. В статье представлен обзор теорий травмы, определены понятия экзистенциальной травмы и ее типов, а также рассмотрены современные подходы к лечению расстройств, связанных с травмой. Обозначен экзистенциальный контекст переживания травматического опыта. Гештальт-терапия травм – это поэтапная модель, основанная на принципах гештальта, которая объединяет ключевые общие факторы и элементы других научно обоснованных подходов к лечению травм. Гештальт-терапия охватывает общие факторы психотерапии и соответствует трем основным этапам терапии травмы: оценка, работа, связанная с травмой, и завершение. Описанная модель гештальт-терапии травм считается эффективной для работы с травматическими переживаниями.

*Ключевые слова:* гештальт-терапия; гештальт-подход в терапии; травма; экзистенциальная травма; посттравматическое стрессовое расстройство; модель терапии; посттравматический рост.

*Для цитирования:* Андронникова О. О. Гештальт-подход в работе с психологической травмой и посттравматическим стрессовым расстройством // СМАЛЬТА. 2024. № 2. С. 8–21. DOI: <https://doi.org/10.15293/2312-1580.2402.01>



## Gestalt Approach to Working with Psychological Trauma and Post-Traumatic Stress Disorder

**Olga O. Andronnikova**

*Novosibirsk State Pedagogical University, Novosibirsk, Russia*

*Abstract.* Although not all people who experience trauma experience long-term negative consequences, quite often the experience of trauma affects psychological, social, physical and professional functioning, which determines the need to study techniques for processing it. The term trauma refers to experiences that cause intense physical and psychological stress reactions. The article provides an overview of theories of trauma, the concept of existential trauma, its types, as well as modern approaches to the treatment of trauma-related disorders. The existential context of the traumatic experience is indicated. Gestalt Trauma Therapy is a step-by-step model based on Gestalt principles that integrates key common factors and elements of other evidence-based approaches to trauma treatment. Gestalt therapy covers the general factors of psychotherapy and corresponds to the three main stages of trauma therapy: assessment, trauma-related work, and closure. The described model of Gestalt trauma therapy is considered effective for working with traumatic experiences.

*Keywords:* gestalt therapy; gestalt approach to therapy; trauma; existential trauma; post-traumatic stress disorder; therapy model; post-traumatic growth.

*For Citation:* Andronnikova O. O. Gestalt Approach to Working with Psychological Trauma and Post-Traumatic Stress Disorder. *SMALTA*, 2024, no. 2, pp. 8–21. (In Russ.). DOI: <https://doi.org.10.15293/2312-1580.2402.01>

### Введение

Новое тысячелетие началось с серьезных бедствий, вызванных природными и техногенными катастрофами. Травма влияет на целостность человека, его физическое, эмоциональное, поведенческое, когнитивное, социальное и духовное функционирование. Необходимо отметить, что большинство людей не страдают от долговременных последствий травмы. Это зависит от их личных особенностей, жизненного опыта, поддержки, доступной после травмы, а также от характера травмы и ее последствий.

Когда травмирующие ситуации превосходят возможности человека справиться с переживаниями, формируются травматические состояния. Особенно это касается экзистенциальных травм, связанных с переживанием конечности жизни, экзистенциальной тревоги и одиночества.

Расстройства, связанные с травмой, в том числе посттравматическое стрессовое расстройство, являются широко распространенными и нередко хроническими психическими состояниями, которые связаны с низким качеством жизни и другими психосоциальными трудностями [1; 15; 24]. Распространенность расстройств, связанных с травмой, после воздействия травматического события (событий) в течение жизни оценивается в 8–9 % среди всего населения мира, их последствия могут негативно повлиять на психологическое, физическое и экономическое здоровье [10]. В. К. Шамрей, В. М. Лыткин, К. В. Баразенко, С. А. Зун в своих исследованиях отмечают, что распространенность посттравматических стрессовых расстройств



колеблется от 1 до 12 % в общей выборке, достигая 30 % у тех, кто пережил чрезвычайную ситуацию [2]. Лица, страдающие посттравматическим стрессом, имеют повышенный риск развития расстройств настроения, тревожных расстройств, употребления психоактивных веществ, а также соматических заболеваний сердца, желудка и др. [5; 11; 19]. Это определяет необходимость изучения специфики переживания травмы, ее концептуализации и технологий помощи.

### **Основные понятия и рабочее определение травмы**

Обозначим основные понятия. Несмотря на актуальность темы и пристальное внимание со стороны научного сообщества, единой теории понимания травмы и посттравматического роста нет. Е. С. Мазур, рассматривая понятие психической травмы, определяет ее через «...вред, нанесенный психическому здоровью человека в результате интенсивного влияния неблагоприятных факторов среды или остроэмоциональных, стрессовых воздействий других людей на его психику» [1, с. 31].

Травматический стресс – это психологическая реакция на экстремальные стрессоры, называемые травматическими событиями, которые могут привести к изнурительному хроническому стрессу у людей, подвергшихся воздействию таких событий.

Травматические события относятся к событиям, выходящим за их повседневный опыт, переживаемым конкретными людьми или группами, которые угрожают их существованию и самосохранению [12].

Результатом переживания травматического события могут стать острое стрессовое расстройство или посттравматическое стрессовое расстройство. Острое стрессовое расстройство включает острые стрессовые реакции, которые развиваются в течение 1 месяца после воздействия травматического события и включают в себя комплекс переживаний: навязчивые воспоминания о травме, избегание напоминаний о травме, сниженное настроение, диссоциативные симптомы и др. Посттравматическое стрессовое расстройство рассматривается в современной литературе как «...затяжная или отсроченная реакция на сопряженные с серьезной угрозой жизни или здоровью ситуации» [12].

R. Janoff-Bulman считает, что угрожающие жизни человека травматические события с «сильными ситуациями» предоставляют людям пограничный опыт, который катализируется через процесс рефлексии [12]. Кроме того, R. Janoff-Bulman утверждает, что травма спасает людей от воспринимаемой поверхностности и пустоты существования и дает значительный шанс для личностного роста и совершенствования. В этом контексте R. G. Tedeschi, L. G. Calhoun в середине 1990-х гг. представили теорию посттравматического роста, еще раз подчеркнув тот факт, что отдельные люди или общество могут испытывать положительные изменения и рост в результате травматических событий [24].

Впоследствии авторы уточняли, что посттравматический рост относится к положительным психологическим изменениям, которые происходят в результате борьбы с чрезвычайно трудными жизненными событиями или условиями. Авторы выделили пять областей, в которых происходит посттравматический рост: новые возможности, связи с другими людьми, личная сила, духовные изменения и понимание жизни. Модель посттравматического роста описывает общий психологический процесс, в рамках которого авторы особенно выделяют важность познания, диалектического и рефлексивного мышления, не умоляя значимости других влияющих факторов: конструктивного размышления, развития способности осознавать и выражать



происходящее, мудрости и некоторого длительного страдания от травмы [24; 25]. Глубокие последствия травмы еще требуют теоретического объяснения, которое отразит сложность человеческого опыта, включая его менее осознанные аспекты, такие как смысл, духовность, смертность и идентичность.

Современная психологическая теория этиологии, концептуализации и диагностики травмы разработана на основе трудов З. Фрейда и Й. Брейера. Отметим, что методы лечения травм продолжают основываться на этих ранних идеях.

Учитывая сложность травматического стресса и других расстройств, связанных с травмой, было предложено множество теорий для описания и объяснения страданий, испытываемых людьми, страдающими от этих проблем. В данной статье будут представлены концептуальные теории этиологии травмы, чтобы определить основу, на которой возникают современные модели доказательной и гештальт-терапии. Учитывая масштабы этого явления и необходимость в эффективных методах для лечения травматических симптомов, характерных для посттравматического стрессового расстройства и сложной травмы, теории, относящиеся к другим расстройствам, связанным с травмой, не будут включены в наше исследование. Поскольку в современной научной литературе имеется значительное количество исследований о травмах, мы рассмотрим следующие основополагающие теории: психодинамические, теории привязанности, обучения, социально-когнитивные, обработки эмоций, информационных процессов и нейропсихологические. Теории травм, представленные в статье, определяют множество методов лечения, специфичных для травм.

### **Современные теории концептуализации травмы**

Обзор современной литературы показывает, что объяснительные модели травмы можно разделить на три группы: физические, реляционные и внутриличностные. Кратко представим ряд наиболее известных теорий каждой модели, чтобы дать общий обзор нашего понимания травмы.

#### *Физические теории травмы*

Физические теории травмы обычно вытекают из биомедицинской парадигмы и связаны с нейрофизиологией, эндокринологией и другими науками, которые объясняют связь между симптомами травмы, посттравматическим стрессовым расстройством и изменениями в эндокринной, иммунной и центральной нервной системах. Такое объяснение посттравматического стрессового расстройства приводит к акценту на физиологии в лечении, например обращение к нейрхимии и регуляции нервной системы для уменьшения симптомов травмы [17; 27]. Часто физическая интерпретация травмы может привести к игнорированию когнитивного и эмоционального аспекта «я», возникающих проблем отношений и более глубокого значения травматического опыта, затрудняющих травматический рост.

#### *Реляционные теории травмы*

Реляционные теории травмы опираются на объектные отношения и теорию привязанности для объяснения травматических переживаний и симптомологии. Теория отношений рассматривает травму как нарушение межличностных схем (рабочих моделей отношений), ведущее к неадаптивному восприятию и функционированию в отношениях [13]. Один из примеров описан Т. Rubinstein, где невыносимый аспект травматического опыта переносится во внутренний объектный мир, включающий образы жертвы, обидчика и спасателя [23]. Считается, что эта реляционная конфигурация разыгрывается в реакциях переноса – контрпереноса на протяжении всей жизни человека. Это предположение подтверждено в исследованиях многих



авторов. Так, G. Arikan, L. Stopa, K. B. Carnelley, A. Karl обнаружили, что на посттравматический стресс косвенно влияет тревога привязанности, формирующая негативное самоотношение [3].

Реляционные теории травмы предполагают, что прочные терапевтические отношения, возникающие между терапевтом и клиентом, установление социальной поддержки и интернализация безопасных рабочих моделей отношений наиболее важны для переработки травмы [4; 23].

#### *Внутриличностные теории травмы*

Внутриличностные теории травмы фокусируются на регулировании эмоций, самопознании, выстраивании идентичности и адекватной самооценки. В рамках этой группы теорий в качестве причин развития посттравматического стрессового расстройства указываются различные параметры. M. Kindt и I. M. Engelhard в своем исследовании в качестве предикторов посттравматического стрессового расстройства указывают такие черты, как невротизм и низкие когнитивные способности [15]. Теория обработки эмоций утверждает, что неспособность оправиться от травмы связана с неспособностью эмоционально переработать воспоминания о ней, компенсировать негативные убеждения о мире и самом себе после травмы. Внутриличностные теории травмы предполагают необходимость когнитивно-поведенческих вмешательств и развитие навыков регулирования эмоций. Однако эти подходы могут игнорировать вопросы личного смысла.

Несмотря на то, что эти теории можно сгруппировать по категориям, различные аспекты травмы (т. е. физические, реляционные и внутриличностные) взаимосвязаны.

#### *Экзистенциальное объяснение травмы*

Экзистенциальные травмы вызывают у людей серьезные сложности жизнеосуществления и разрушают их базовые представления о себе и мире. Экзистенциальная тревога – это неизбежная естественная реакция человека перед лицом экзистенциальных проблем. И. Ялом предполагает существование конфронтации между личностью и четырьмя основными жизненными данностями (экзистенциями): смерти, свободы, изоляции и бессмысленности, которые составляют содержание экзистенциального динамического конфликта. Страх, возникающий из-за осознания вышеперечисленных четырех данностей жизни, является источником экзистенциальной тревоги [28]. P. Tillich делит тревогу на три типа, исходя из трех направлений, в которых небытие (смерть) угрожает бытию [26]. В частности, небытие угрожает онтологическому, духовному и моральному самоутверждению человека, из чего возникают тревога о судьбе и смерти, пустоте и бессмысленности, вине и осуждении соответственно [26].

Экзистенциальная тревога присуща человеку на протяжении всей жизни и сопровождается неприятными переживаниями. Однако именно эти переживания приводят к столкновению с конечностью бытия и ведут к выбору более подлинной жизни, основанной на подлинных ценностях. Те, кто не справляется с переживаниями экзистенциальной тревоги, склонны избегать действительного выбора и не замечать экзистенциальные дилеммы, заменяя их повседневными «мелочами», общественными ролями, достижением социальных целей. Данная стратегия делает невозможным связь с внутренним «я», достижение самосознания, что не способствует осознанию силы самоизменения [16].

Рассматривая экзистенциальный подход к травме, необходимо отметить, что специфика переживания травматических переживаний напрямую связана с пере-



живанием основных экзистенций. М. А. Gupta концептуализирует физическую реакцию на травму как соматическую реакцию на тревогу смерти [11]. Последующая за этим дисрегуляция приводит к постоянному чувству угрозы, гипер- или гиповозбуждению и изменениям в неврологической структуре, которые влияют на регуляцию настроения и эмоций. И. Ялом описывает симптом дисфории как попытку абстрагироваться от тревоги смерти, что напоминает диссоциативные симптомы [28].

К. Wilmshurst рассматривает экзистенциальную концепцию изоляции как аналогичную реляционной теории травмы [27]. Автор отмечает, что экзистенциальная изоляция И. Ялома относится к непреодолимой пропасти между «я» и любым другим человеком, а также между «я» и миром и только травматические или экстремальные обстоятельства заставляют заглянуть за кулисы и осознать свое сущностное одиночество [27]. Таким образом, травма запускает процесс экзистенциального опыта одиночества. Экзистенциальная концепция свободы, по мнению К. Wilmshurst, связана с внутриличностными теориями травмы [27]. Центральное место во всех аспектах существования, по мнению И. Ялома, занимает смысл, в котором автор выделяет различные уровни: от чувства связности до ощущения цели жизни и космического смысла, такого как божественный план. В. Франкл [9] и И. Ялом [28] описывают смысл как связанный со всеми другими экзистенциальными проблемами и определяют его как путь к исцелению от страха смерти, изоляции и беспочвенности, связанной со свободой.

#### *Гештальт-подход к травме*

Гештальт-подход – это реляционная концепция психотерапии, которая использует эмпирическую, экспериментальную (т. е. игру), экзистенциальную философию и методы для повышения осознанности в целях исцеления, личностного развития, роста, баланса и здорового функционирования человека. D. Mann и W. Dryden дают следующее определение: «Гештальт – это немецкое слово, которое означает образец, форму, очертание или конфигурацию внешнего вида человека, его тотальность, в которой находится его энергия» [18]. С точки зрения гештальт-терапии человек находится в процессе удовлетворения потребностей через контакт с окружающей средой в некоторой последовательности стадий контакта (цикл человеческого опыта).

Согласно литературе по гештальт-терапии травм, посттравматический стресс часто концептуализируется как нарушение цикла переживаний на стадиях разрешения и прекращения контакта с окружающей средой [7; 19; 21]. Основываясь на этой концептуализации, травматическое событие можно понимать как форму контакта с окружающей средой, при этом восстановление после травматического события происходит на стадии вывода из цикла опыта, также известной как демобилизация [21]. Демобилизация происходит в четыре подстадии: отвержение, ассимиляция, встреча с пустотой и признание [19]. Нарушение процесса демобилизации происходит, если переживание слишком эмоционально заряжено (т. е. создает избыточную эмоциональную энергию), чтобы его можно было легко усвоить. Это препятствует полной интеграции опыта и может привести к непропорциональному и искажающему воздействию на текущий и будущий индивидуальный опыт участника [19].

Р. Юйсе, С. Силлс выделяют три фазы проработки травмы в гештальт-терапии: начало, проработка, интеграция и завершение [14]. На начальном этапе гештальт-терапевт устанавливает безопасность, начинает развивать терапевтический альянс, предлагает диалогический способ взаимоотношений, использует феноменологиче-





ский метод исследования для повышения эмпирической осведомленности клиента и исследует условия поля. Как только терапевтический альянс становится достаточно сильным, чтобы поддерживать прямой вызов и вмешательство, гештальт-терапевт начинает вторую фазу взаимодействия. На втором этапе терапевт углубляет контакт в рамках терапевтических отношений, повышает осведомленность пациента о возможных моделях отношений, обращается к незавершенным делам (гештальтам) и совместно с клиентом проводит эксперименты для того, чтобы исследовать фрагментированные части личности и найти творческие решения проблем. Чтобы повысить осведомленность пациента об опыте и процессе, терапевт может предложить эксперимент, целью которого является отточить появляющуюся фигуру. Эксперименты возникают естественным образом по мере развития терапевтической работы, когда терапевт предлагает творческий подход, воображение и интуицию, чтобы поддержать действие и контакт в рамках терапии. На протяжении двух предыдущих стадий клиент усваивает и интегрирует новое осознание и творческие решения, которые поддерживают саморегуляцию. На заключительной фазе терапии планируется ее прекращение, включая разбор проблем переноса, планирование будущих кризисов и окончание терапевтических отношений. Р. Юйсе, С. Силлс предупреждают от использования линейной модели в гештальт-терапии и отмечают, что к каждой из фаз можно вернуться в любой момент терапии, если возникнет такая фигура [14].

### **Гештальт-модель в работе с травмой и посттравматическим стрессовым расстройством**

Итак, травма в гештальт-подходе рассматривается как «незавершенные ситуации из прошлого» и «фиксированное восприятие». Впервые данное понимание травмы описали основатели гештальта F. S. Perls, R. E. Hefferline и P. Goodman [22]. Позже многие авторы гештальта обращались к этим определениям, чтобы объяснить травму как незавершенный опыт, фиксированные гештальты и нескончаемую потребность их удовлетворения, которые мешают получению нового опыта.

Травматическую ситуацию принято рассматривать как неблагоприятное событие или серию травматических более или менее фрустрирующих и опасных моментов, приводящих к феноменологии посттравматических реакций (вторжение, избегание, оцепенение и гиперактивность, возбуждение). Так, F. S. Perls с соавторами описывает травму как «незавершенные ситуации из прошлого, сопровождаемые невыраженными чувствами, которые никогда полностью не переживались и не были высвобождены... они препятствуют нашему осознанию, сосредоточенному на настоящем, и подлинному контакту с другими» [22]. Для восстановления способности к контакту с собой, другими и окружающей средой «здесь и сейчас» авторы рекомендуют обратиться к «незавершенным прошлым ситуациям» для их закрытия [22].

Развивая понимание травмы в гештальт-подходе, J. Melnick и S. M. Nevis предположили, что посттравматическое стрессовое расстройство является проявлением трудностей демобилизации как заключительной стадии цикла опыта и неспособности человека «поглотить» и «переварить» нездоровый опыт, чтобы добиться его ассимиляции [19]. По мнению авторов, если опыт слишком заряжен, чтобы его можно было легко усвоить, фигура остается неинтегрированной и оказывает постоянно искажающее воздействие на текущий и будущий опыт человека [20]. Терапия должна начинаться с предоставления клиенту возможности отодвинуться от травмирующей фигуры. Эмоции в этом случае будут высвобождаться одновременно с развитием



способности справляться с ними. Самый трудный этап терапии, по мнению авторов, встреча с пустотой. Однако именно его завершение приводит к признанию появления чего-то нового в личности [19].

В 2000-е гг. были разработаны некоторые дальнейшие положения гештальт-подхода к лечению травм. W. Butollo, M. Krüsmann, M. Hagl писали о посттравматическом развитии Self (самости) с потерей эмпатии и реактивным нарциссизмом как о двух возможностях реакций травмированного Self [5]. Они представили терапевтический процесс, состоящий из фаз, включающий: безопасность (чувство безопасности, установление терапевтических отношений, обучение техникам релаксации, дыхания, дифференцированная работа с симптомами, избегание столкновения, активация ресурсов социальной поддержки); стабильность (преодоление неуверенности, самопринятие, самооценка); размышления в контакте с другими; конфронтация (активация и защита границ, когнитивная и эмоциональная обработка травмы) и интеграция (принятие произошедшего, принятие изменений, диалог Я – Ты с травмой).

В своем пересмотре посттравматического стрессового расстройства с точки зрения гештальта A. Cohen объяснил симптомы травмы как двумерные полярности [8]:

– континуум от крайнего возбуждения и возбуждения до слабого возбуждения и оцепенения;

– континуум от чрезмерного вовлечения (повторного переживания, воспоминаний и размышлений) до полного избегания стимулов, связанных с травмирующим опытом.

Автор утверждает, что гештальт может быть предпочтительным методом лечения травмы, и рассматривает интегральные подходы гештальт-психотерапии в феноменологии и диалоги «Я – Ты» как эффективные терапевтические компоненты в лечении травм [8].

Отметим различные аспекты гештальт-терапии в лечении расстройств, связанных с травмой.

Гештальт-терапевты уделяют особое внимание реляционным аспектам проработки травмы, работая с диалогическими вмешательствами для усиления способности к контакту и помогая клиенту завершить неразрешенный травматический опыт диалогическим способом [6]. Благодаря своему комплексному подходу гештальт восстанавливает целостность человека, пострадавшего от травмы.

Феноменологический метод, используемый в гештальте, приводит к медленному, поминутному процессу изучения исходного травматического опыта и распознавания нарушений в процессе ассимиляции и завершения процесса. Феноменологическая позиция «здесь и сейчас» предлагает возможность дистанцироваться от травмирующего прошлого опыта и сосредоточить процесс исцеления на настоящем моменте, а также на всех ресурсах и вспомогательных элементах, существующих в Self (самости) и ее окружении. Контакт между терапевтом и клиентом важен для того, чтобы клиенты могли выдержать обработку травмы. В этом контексте отношения и процесс более ценны, чем содержание и методы. Диалог «Я – Ты» с присутствием, включением и подтверждением – это не только метод, но и также желаемое достижение терапии. Необходимо отметить, что для клиентов, страдающих посттравматическим стрессовым расстройством, это мучительный, но исцеляющий опыт.

Основой подхода в работе с людьми, пострадавшими от травмы, выступают осведомленность и принятие, включение и диалог, однако они могут быть поддер-





жаны конкретными гештальт-интервенциями, увеличивающими эффективность, такими как экспериментирование, работа с пустым стулом, диалог частей, работа с «здесь и сейчас», успокаивающие «Я-высказывания» и т. д. Достаточно часто используют и другие вмешательства, обычно интегрированные в гештальт-подход: работа со сновидениями и визуализация, работа с телом, дыхательные упражнения, релаксация и медитация, ритуалы, терапевтическое письмо и т. д. Перечисленные техники помогут пережившим травму вновь заземлиться, вернуть баланс и целостность, жить более предсказуемой жизнью.

Таким образом, исцеление и переработка травмы происходят в процессе взаимодействия между двумя людьми – клиентом и терапевтом. Представим некоторые процессы, часто наблюдаемые в гештальт-терапии травм.

#### *Восстановление саморегуляции и границ*

Одним из последствий травматического опыта является утрата естественной способности к саморегуляции и достижению гомеостаза. Это определяет необходимость поощрения клиента к усилению заботы о себе и здоровому образу жизни (питанию, сну, прогулкам). Во время терапии – на этапе, когда травматическая фигура становится слишком заметной, – важно, чтобы клиент восстановил самоконтроль и чувство безопасности в моменте «здесь и сейчас». Терапевт помогает клиенту справляться с непереносимыми ощущениями, напряжением и острыми эмоциями, направляя и фокусируя внимание на настоящем моменте. Это позволяет клиентам дистанцироваться от подавляющего прошлого опыта.

Важным аспектом выступает уважение границ и желаний клиента, которое позволит избежать процесса, параллельного с предыдущей виктимизацией. Для этого терапевт поощряет клиента быть активным участником процесса, выбирать различные аспекты терапии.

*Восстановление представления о себе, контекста и контактных функций.* Если во время и после травмы человек среагировал сильной диссоциацией ощущений и аффектов, то наблюдается раскол «наблюдающего Я» и «испытывающего Я», который может длиться долгое время, вызывая отключение от контекста и ограничение клиентов в ощущениях и эмоциях. Такое состояние сильно затрудняет здоровое функционирование и требует восстановления целостного самосознания. Для этого терапевт может предложить некоторые конкретные вмешательства, такие как жизнеутверждающие «я-утверждения» («Я в безопасности, я выжил», «Я здесь и я жив»), а также простые упражнения для повышения осознанности тела, его ощущений. Снизить чрезмерное возбуждение помогают техники дыхания, расслабления и медитации. В то же время физические нагрузки или упражнения могут высвободить заблокированную энергию травмы. Возвращение клиента в контакт со своим телом является деликатной и длительной частью терапии, особенно если травма сопровождалась физическим или сексуальным насилием. Тем не менее важной частью терапии травм является осознание того, как травма все еще представлена в теле.

#### *Работа с избеганием и вторжением*

Достаточно часто для проработки травматического опыта в рамках терапии клиенту приходится воспроизводить травматическую ситуацию для того, чтобы выразить связанный с ней аффект. Самоуспокоение (техники релаксации и визуализации – безопасное место, заземление и т. д.) и систематическое контролируемое воздействие (установление 10 минут каждый день, в течение которых человек будет вспоминать травматические переживания) с настроем «принять и отпустить» (осоз-



нанность) могут помочь пережившим травму восстановить контроль над навязчивым содержанием.

Как технику воздействия на раздражители, связанные с травмой, можно использовать гештальт-эксперимент, в рамках которого клиенту предлагается вспомнить конкретную травматическую ситуацию и заново пережить ее, рассказывая о деталях травматического события, ощущениях и эмоциях, как будто это происходит в настоящем. При поддержке терапевта клиент сталкивается с тупиком, травматическим содержанием и эмоциями, которых избегает. Терапевт принимает участие, побуждает клиента вытерпеть и пройти через этот опыт, предлагая осознание момента «здесь и сейчас», когда «Я» выжившего в отношениях с терапевтом присутствует в безопасности. Это помогает клиенту достичь завершения и постепенно отказаться от переживания.

Отметим, что данная технология возможна только при достаточной поддержке. В ином случае существует риск повторной травматизации.

#### *Работа с подавляющими негативными эмоциями и мыслями*

Помимо печали и горя по поводу реальных или символических потерь, стыда, вины и гнева, достаточно часто присутствуют навязчивые размышления «А что, если». В процессе гештальт-терапии человеку предлагается принять (а не отвергать) мысли, чувства и действия в прошлом и настоящем как части Самости и ее ограничений. Здесь полезны конкретные гештальт-диалогические вмешательства: «пустой стул» как возможность напрямую выразить гнев или «два стула» для диалога «собака сверху – собака снизу», когда клиента переполняют чувство вины и самообвинение.

#### *Пересмотр системы социальной поддержки*

Огромным целебным потенциалом обладают межличностная поддержка со стороны семьи и друзей, чувство принадлежности и любви. Однако травма приводит к нарушению межличностного функционирования: клиенты пугаются своих эмоций или оцепенения и пытаются защитить важные отношения, уходя от контакта. Специфическая межличностная динамика, связанная с травмой, часто проявляется и в терапии. Важно, чтобы терапевт оставался стабильным и безопасным. В динамике переноса и контрпереноса клиент и терапевт могут обмениваться содержанием, связанным с травмой, которое остается за пределами слов и вне осознания.

#### *Трансформация смыслов*

Прежде чем клиенты будут готовы к отделению от травмы и интеграции, необходимо восстановить систему когнитивной поддержки. Их базовые представления о мире и о себе разрушаются, особенно относительно личной ценности, доверия и безопасности мира. Задача терапии состоит в том, чтобы реконструировать фундаментальные личные убеждения и возродить позитивное мышление, восстановить систему ценностей и убеждений и помочь клиентам вновь обрести надежду, веру и взгляд на будущее. Для этого клиент и терапевт ищут контекст и рамку, которые могут придать универсальную перспективу и новый смысл личному травматическому опыту. Помочь интегрировать травматический опыт в жизненный опыт и воссоединить прошлое, настоящее и будущее может помочь терапевтическое письмо и другие художественные средства. Завершение и интеграция достигаются, когда жизнь до и после травмы воспринимается как части значимого континуума, а не как фрагментированные, несвязанные сегменты.



## Заключение

Посттравматический стресс и другие расстройства, связанные с травмой, являются широко распространенными и изнурительными психическими состояниями. В связи с высокой потребностью в качественных терапевтических услугах для уменьшения последствий травматического стресса и улучшения функционирования человека, важно определить научно обоснованные практики и сделать их доступными для широкой общественности.

Травматическое переживание может вызвать нарушение адаптации и функционирования пострадавшего, приводя к множеству последствий для психического и физического здоровья человека. Однако именно травматические события и переживания при правильной их проработке способствуют посттравматическому росту и самосовершенствованию.

Гештальт-подход выступает эффективным средством работы с психологической травмой, позволяя рассматривать ее как незавершенный опыт удовлетворения потребностей в контакте со средой. Специально организованное межличностное общение, помогающее клиенту создать чувство защищенности, позволяет прожить травматический опыт, превращая его в травматический рост. Восприятие экзистенций человеческого бытия (смерть, свобода, изоляция и бессмысленность) как фигур в гештальт-подходе делает возможным их проработку, выводя из стадии демобилизации к интеграции опыта и увеличению субъектности.

## Список источников

1. *Мазур-Марецкая Е. С.* Психическая травма и психотерапия // Консультативная психология и психотерапия. 2003. Т. 11, № 1. С. 31–52.
2. *Шамрей В. К., Лыткин В. М., Баразенко К. В., Зун С. А.* О динамике развития проблемы посттравматического стрессового расстройства // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2023. № 1. С. 68–77. DOI: <https://doi.org/10.25016/2541-7487-2023-0-1-68-77>
3. *Arikan G., Stopa L., Carnelley K. B., Karl A.* The associations between adult attachment, posttraumatic symptoms, and posttraumatic growth // *Anxiety, Stress & Coping*. 2016. Vol. 29, Issue 1. Pp. 1–20. DOI: <https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1009833>
4. *Bryant R. A.* Social attachments and traumatic stress // *European Journal of Psychotraumatology*. 2016. Vol. 7, Issue 1. DOI: <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.29065>
5. *Butollo W., Karl R., König J., Hagl M.* Dialogical exposure in a gestalt-based treatment for posttraumatic stress disorder // *Gestalt Review*. 2014. Vol. 18, Issue 2. Pp. 112–129. DOI: <https://doi.org/10.5325/gestaltreview.18.2.0112>
6. *Butollo W., Karl R., König J., Rosner R. A.* Randomized Controlled Clinical Trial of Dialogical Exposure Therapy versus Cognitive Processing Therapy for Adult Outpatients Suffering from PTSD after Type I Trauma in Adulthood // *Psychother Psychosom*. 2016. Vol 85, Issue 1. Pp. 16–26. DOI: <https://doi.org/10.1159/000440726>
7. *Clarkson P., Cavicchia S.* *Gestalt Counselling in Action*. London: Sage, 2013. 256 p.
8. *Cohen A.* Gestalt Therapy and Post Traumatic Stress Disorder: The Irony and the Challenge // *Gestalt Review*. 2003. Vol. 7, Issue 1. Pp. 42–56. DOI: <https://doi.org/10.5325/gestaltreview.7.1.0042>
9. *Frankl V. E.* *Man's search for meaning*. Beacon Press, 1959. 224 p.
10. *Goldstein R. B., Smith S. M., Chou S. P., Saha T. D., Jung J., Zhang H., Pickering R. P., Ruan W. J., Huang B., Grant B. F.* The epidemiology of DSM-5 posttraumatic stress disorder in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III // *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2016. Vol. 51, Issue 8. Pp. 1137–1148. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1208-5>



11. Gupta M. A. Review of somatic symptoms in post-traumatic stress disorder // *International Review of Psychiatry*. 2013. Vol. 25, Issue 1. Pp. 86–99. DOI: <https://doi.org/10.3109/09540261.2012.736367>
12. Janoff-Bulman R. *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. Maxwell Macmillan Canada, Inc., 1992. 256 p.
13. Johnson D., Lubin H. *Principles and techniques of trauma-centered psychotherapy*. American Psychiatric Publishing, 2010. 357 p.
14. Joyce P., Sills C. *Skills in gestalt counselling & psychotherapy*. CA: Thousand Oaks, Sage Publications, Inc., 2014. 321 p.
15. Kindt M., Engelhard I. M. Trauma processing and the development of posttraumatic stress disorder // *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2005. Vol. 36, Issue 1. Pp. 69–76. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2004.11.007>
16. Liu L., Cheng L., Qu X. From existential anxiety to posttraumatic growth: The stranded traveler during the pandemic outbreak // *Annals of tourism research*. 2023. Vol. 99. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.annals.2023.103548>
17. MacNamara A., Rabinak C., Kennedy A. et al. Emotion Regulatory Brain Function and SSRI Treatment in PTSD: Neural Correlates and Predictors of Change // *Neuropsychopharmacology*. 2016. Vol. 41. Pp. 611–618. DOI: <https://doi.org/10.1038/npp.2015.190>
18. Mann D., Dryden W. *Gestalt Therapy: 100 Key Points & Techniques*. New York: Routledge, 2010. 370 p.
19. Melnick J., Nevis S. Diagnosing in the here and now: A gestalt therapy approach // Greenberg L. S., Watson J. C., Lietaer G. (Eds.). *The Handbook of Experiential Psychology*. NY: The Guilford Press, 1998. Pp. 428–447.
20. Melnick J., Nevis S. Love and commitment in the 21st century // *British Gestalt Journal*. 2006. Vol. 15, Issue 2. Pp. 28–35. DOI: <https://doi.org/10.53667/CKSO8686>
21. Perera-Diltz D. M., Laux J. M., Toman S. M. A cross-cultural exploration of posttraumatic stress disorder: Assessment, diagnosis, and recommended (gestalt) treatment // *Gestalt Review*. 2012. Vol. 16, Issue 1. Pp. 69–87. DOI: <https://doi.org/10.5325/gestaltreview.16.1.0069>
22. Perls F. S., Hefferline R. E., Goodman P. *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. Dell, New York, 1951. 511 p.
23. Rubinstein T. Relational theory: A refuge and compass // *Clinical Social Work Journal*. 2015. Vol. 43, Issue 4. Pp. 398–406. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10615-015-0523-8>
24. Tedeschi R. G., Calhoun L. G. Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence // *Psychological Inquiry*. 2004. Vol. 15, Issue 1. Pp. 1–18. DOI: [https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501\\_01](https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01)
25. Tedeschi R. G., Shakespeare-Finch J., Taku K., Calhoun L. G. *Post-traumatic growth: Theory, research, and applications*. New York: Routledge, 2018. 264 p.
26. Tillich P. *The courage to be*. Yale University Press, New Haven, 2000. 197 p.
27. Wilmshurst K. An integrated existential framework for trauma theory // *Canadian Social Work Review*. 2020. Vol. 37, Issue 2. Pp. 131–147. DOI: <https://doi.org/10.7202/1075115ar>
28. Yalom I. D. *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books, 1980. 544 p.

## References

1. Mazur-Maretskaya E. S. Mental trauma and psychotherapy. *Consultative psychology and psychotherapy*, 2003, vol. 11, issue 1, pp. 31–52. (In Russian)
2. Shamrey V. K., Lytkin V. M., Barazenko K. V., Zun S. A. On the dynamics of the development of the problem of post-traumatic stress disorder. *Medical-biological and socio-psychological problems of safety in emergency situations*, 2023, no. 1, pp. 68–77. DOI: <https://doi.org/10.25016/2541-7487-2023-0-1-68-77> (In Russian)



3. Arikan G., Stopa L., Carnelley K. B., Karl A. The associations between adult attachment, posttraumatic symptoms, and posttraumatic growth. *Anxiety, Stress & Coping*, 2016, vol. 29, issue 1, pp. 1–20. DOI: <https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1009833>
4. Bryant R. A. Social attachments and traumatic stress. *European Journal of Psychotraumatology*, 2016, vol. 7, issue 1. DOI: <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.29065>
5. Butollo W., Karl R., König J., Hagl M. Dialogical exposure in a gestalt-based treatment for posttraumatic stress disorder. *Gestalt Review*, 2014, vol. 18, issue 2, pp. 112–129. DOI: <https://doi.org/10.5325/gestaltreview.18.2.0112>
6. Butollo W., Karl R., König J., Rosner R. A. Randomized Controlled Clinical Trial of Dialogical Exposure Therapy versus Cognitive Processing Therapy for Adult Outpatients Suffering from PTSD after Type I Trauma in Adulthood. *Psychother Psychosom*, 2016, vol. 85, issue 1, pp. 16–26. DOI: <https://doi.org/10.1159/000440726>
7. Clarkson P., Cavicchia S. *Gestalt Counselling in Action*. London: Sage, 2013, 256 p.
8. Cohen A. Gestalt Therapy and Post Traumatic Stress Disorder: The Irony and the Challenge. *Gestalt Review*, 2003, vol. 7, issue 1, pp. 42–56. DOI: <https://doi.org/10.5325/gestaltreview.7.1.0042>
9. Frankl V. E. *Man's search for meaning*. Beacon Press, 1959, 224 p.
10. Goldstein R. B., Smith S. M., Chou S. P., Saha T. D., Jung J., Zhang H., Pickering R. P., Ruan W. J., Huang B., Grant B. F. The epidemiology of DSM-5 posttraumatic stress disorder in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 2016, vol. 51, issue 8, pp. 1137–1148. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1208-5>
11. Gupta M. A. Review of somatic symptoms in post-traumatic stress disorder. *International Review of Psychiatry*, 2013, vol. 25, issue 1, pp. 86–99. DOI: <https://doi.org/10.3109/09540261.2012.736367>
12. Janoff-Bulman R. *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. Maxwell Macmillan Canada, Inc., 1992. 256 p.
13. Johnson D., Lubin H. *Principles and techniques of trauma-centered psychotherapy*. American Psychiatric Publishing, 2010, 357 p.
14. Joyce P., Sills C. *Skills in gestalt counselling & psychotherapy*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc., 2014, 321 p.
15. Kindt M., Engelhard I. M. Trauma processing and the development of posttraumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 2005, vol. 36, issue 1, pp. 69–76. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2004.11.007>
16. Liu L., Cheng L., Qu X. From existential anxiety to posttraumatic growth: The stranded traveler during the pandemic outbreak. *Annals of tourism research*, 2023, vol. 99. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.annals.2023.103548>
17. MacNamara A., Rabinak C., Kennedy A. et al. Emotion Regulatory Brain Function and SSRI Treatment in PTSD: Neural Correlates and Predictors of Change. *Neuropsychopharmacology*, 2016, vol. 41, pp. 611–618. DOI: <https://doi.org/10.1038/npp.2015.190>
18. Mann D., Dryden W. *Gestalt Therapy: 100 Key Points & Techniques*. New York: Routledge, 2010, 370 p.
19. Melnick J., Nevis S. *Diagnosing in the here and now: A gestalt therapy approach*. In L. S. Greenberg, J. C. Watson, G. Lietaer (Eds.), *The Handbook of Experiential Psychology*, NY: The Guilford Press, 1998, pp. 428–447.
20. Melnick J., Nevis. S. Love and commitment in the 21st century. *British Gestalt Journal*, 2006, vol. 15, issue 2, pp. 28–35. DOI: <https://doi.org/10.53667/CKSO8686>
21. Perera-Diltz D. M., Laux J. M., Toman S. M. A cross-cultural exploration of posttraumatic stress disorder: Assessment, diagnosis, and recommended (gestalt) treatment. *Gestalt Review*, 2012, vol. 16, issue 1, pp. 69–87. DOI: <https://doi.org/10.5325/gestaltreview.16.1.0069>

