



ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ФИЗИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ МЕТОДОМ ВОССТАНОВЛЕНИЯ МИКРОДВИГАТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ

Е.Ю. Петрова¹, М.А. Пахомова²

¹ Интегративный институт гештальт-тренинга и развивающих коммуникаций, Санкт-Петербург;

² ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

Поступила в редакцию: 20.07.2016

Принята к печати: 15.09.2016

Физическая травма, работа с ее последствиями находятся в сфере профессиональных интересов врачей-травматологов, реабилитологов. Но проблема последствий физической травмы может успешно решаться психологом с применением метода экспрессивной работы с «незавершенными действиями». Этот метод основан на принципе дифференциации микродвигательных реакций. Предлагаемая и описываемая методика восстановления микродвигательных реакций (ВМР) ориентирована в первую очередь на клинических психологов и реабилитологов. Уникальность и новизна метода ВМР заключается в возможности множественного и разнонаправленного (противоречащего один другому) развития временно остановленных в эпизоде физической травмы действий. В рамках метода ВМР снижение напряжения за счет обезболивания или других форм изоляции напряжения не поддерживается. В ходе терапии дается место каждому из импульсов, не завершенных в результате травмы. Тем самым создается основа для восстановления человеком доверия к себе самому и к своей спонтанности. ВМР может применяться только при работе с последствиями экстренных случаев травматизации. Метод ВМР может быть освоен и применен врачами-травматологами, реабилитологами и, что важно, родственниками, оказавшимися рядом с травмированными близкими. Метод ВМР полезен и родителям детей, перенесших травму и (или) оперативное вмешательство, что дает возможность психологически грамотно помочь ребенку в процессе его лечения и реабилитации. Ведь травма ребенка — это экстремальное событие в жизни родителей, которое может стать травмирующим эпизодом для них самих. Учитывая перспективы развития организации службы реабилитации пациентов травматолого-ортопедического профиля, включение психолога, владеющего методикой ВМР, в состав мультидисциплинарных реабилитационных бригад (МРБ) травматолого-ортопедических центров является очевидной необходимостью, способной придать еще больший потенциал реабилитации пациентов данного профиля.

Ключевые слова: травма; физическая травма; психология; методика работы с травмой; реабилитация после травмы; незавершенные действия; метод восстановления микродвигательных реакций; психолог в травматолого-ортопедии; родители детей с травмой; психологическая реабилитация травмы; психологическая помощь родителям детей с травмой.

PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH PHYSICAL TRAUMA CONSEQUENCES BY MEANS OF MICRO-MOTION REACTIONS RESTORATION METHOD

E.Y. Petrova¹, M.A. Pakhomova²

¹ Integrative Institute of Gestalt Training and Developmental Communications, St Petersburg;

² St Petersburg State Pediatric Medical University

For citation: *Pediatrician (St Petersburg)*, 2016;7(3):136-146

Received: 20.07.2016

Accepted: 15.09.2016

Abstract. Physical trauma and treatment of its consequences lies in the domain of medical specialists: traumatologists, rehabilitologists. However rehabilitation of patients with physical trauma consequences may be also successfully treated

by psychologists using "unfinished tasks" expressive approach. This method utilizes micro-motion reactions differentiation principle. Micro-motion reactions restoration method (MRR) is suggested and described. It is primarily oriented at clinical psychologists and rehabilitologists. The unique nature and originality of MRR method lies in ability to trigger development of various multidirectional and contradictory impulses and reactions that had been temporarily stalled in the episode of past physical trauma. This method does not aim at relaxation of tension by means of anesthesia or other forms of isolation of strain. The treatment permits each unfinished motion impulse born during trauma to fully bloom and develop completely. As a result self-reliance and trust in spontaneity of movement is restored. MRR method is best suited for acute trauma consequences. Besides psychologists MRR method may be used by traumatologists, rehabilitologists, and also relatives of patients and parents of children patients. MRR method in the hands of relatives and parents is especially useful for rehabilitation after trauma and surgery not only for the patients but also for the relatives and parents themselves for it helps them to cope with stress of their usual helplessness during long restoration period. Bearing in mind the prospects of development of special rehabilitation units in traumatological and orthopedic departments it is obviously highly advisable to enroll psychologists mastering MRR method in these teams for it may greatly improve the potential of proper successful rehabilitation of patients with trauma consequences.

Keywords: trauma; physical trauma; psychology; method of dealing with trauma; rehabilitation after trauma; restoration of micro-motion reactions method; psychologist in traumatologo-orthopedia; parents of children-patients with trauma; psychological rehabilitation after trauma; psychological support to parents of children with trauma.

Физическая травма, по официальной статистике в России на 2014 год, настигает каждого 10-го человека (9095,1 тыс. человек на 100 000 тыс. населения)¹. Предполагается, что борьба с последствиями физической травмы должна быть задачей врачей-травматологов, ортопедов, в лучшем случае — врачей-реабилитологов, но уж никак не психологов. И действительно, если психологи и рассматривают физическую травму, то чаще всего лишь в контексте ситуаций насилия или конфликта.

Тем не менее проблема последствий физической травмы предоставляет широкое поле для внимания и работы именно психолога, в частности для применения метода экспрессивной работы с «незавершенными действиями» [4]. Этот метод основан на принципе дифференциации микродвигательных реакций [9], который может создать интересный и эффективный опыт быстрой реабилитации людей, жалующихся на отдаленные последствия перенесенной физической травмы. Именно психологи и психотерапевты могут сделать много полезного для людей, у которых в прошлом имеется опыт физической травмы. В этом смысле эпизоды, которые традиционно считаются предметом внимания врачей-травматологов, можно и нужно рассматривать с точки зрения событий психической жизни.

Актуальность психотерапевтической работы с людьми, которые перенесли в недавнем или в далеком прошлом физическую травму [1, 3, 7, 11], связана с тремя аспектами.

1. Практическая помощь на уровне физического функционирования тела. Такая работа может быть выполнена:

- в период непосредственно после травмы;

- во время реабилитационных процедур;
- в отдаленном времени после завершения первой реабилитации.

В этом случае методика направлена на коррекцию неудачно организованных паттернов физического функционирования, зафиксировавшихся после травмы. Такая работа имеет целью снизить физическую боль и дискомфорт, восстановить свободу координации тела на макро- и микроуровнях.

2. Работа с эмоциональными и поведенческими нарушениями при неврозах (обнаружение физической травмы в анамнезе). Такая коррекция нарушений и ограничений в эмоциональной жизни и в области проблем адаптации может включать проработку следов старых физических травм по аналогии с шокowymi психическими травмами. Проблема заключается в том, что физическая травма оставляет след не только в области телесного дискомфорта, но и в более широкой сфере эмоциональной свободы и спонтанности, как и в организации активности. Эмоциональное влияние и отражение в развитии разнообразия нарушения форм контакта в качестве отдаленного последствия перенесенных физических травм есть результат образования фиксированных алгоритмов и стереотипов поведения, которые определяют следующие выборы форм активности человеком. В большей степени это относится к физическим травмам, которые перенесены в раннем детстве, поскольку детская психика ясно не разграничивает физическое и душевное так, как это умеют делать взрослые. Но и в опыте взрослых людей «заблокированность» части импульсов, которые остались в опыте физической травмы, влияет на эмоциональную сферу человека.

3. Работа с соматизацией травматического опыта. «Заблокированность» телесного или эмоционального опыта как результат непереработанной

¹ Здравоохранение в России. 2015: Стат. сб. / Росстат. М., 2015. 174 с.

травмы часто становится предпосылкой для формирования хронического напряжения и даже развития соматических нарушений. Поэтому проработка следов травмы может быть рассмотрена как профилактика будущих соматических заболеваний.

Методика «восстановления микродвигательных реакций» (ВМР) ориентирована в первую очередь на клинических психологов и реабилитологов, которые работают с последствиями физической травмы. Перечень травм, в работе с которыми может быть применена ВМР: последствия ДТП, спортивные травмы, бытовые травмы, травмы, полученные при стихийных бедствиях, несчастные случаи и другие подобные ситуации. Переломы, вывихи, ушибы, растяжения и прочие нарушения целостности тела — вот темы, которые будут в центре внимания специалиста.

Отдельной строкой следует выделить последствия травмирующих оперативных вмешательств. Независимо от того, имеет ли место жалоба пациента и «непосредственный запрос» на работу психолога, или нет, можно предполагать, что любое из таких событий, связанных с нарушением целостности тела, может стать предпосылкой для формирования эмоциональной и телесной блокировки, в широком смысле — блокировки и отщепления части чувственного опыта. Стандартные медицинские процедуры и хирургические операции (особенно когда они проводятся на детях, которые испуганы предстоящим испытанием) могут быть чрезвычайно травматичными. Нередко последствия подобных переживаний остаются скрытыми на протяжении многих месяцев и даже лет. Они могут проявиться позднее в форме психосоматических жалоб (мигрень, боли в животе), или необъяснимой тревоги, или депрессии. В работе П. Левина [7] приведен пример, в котором отец описывает «небольшую» операцию на колене своего сына: «Доктор говорит мне, что все идет как надо. Колено в порядке. Но не в порядке ребенок, который просыпается от кошмара, вызванного наркотиками, мечется на своей больничной койке, славный малыш, за свою небольшую жизнь никогда никого не обидевший, смотрит сквозь пелену анестезии взглядом дикого животного, бьет медсестру и кричит: „Я жив?“, вынуждая меня схватить его за руки... Он смотрит мне прямо в глаза и не узнает меня». Очевидно, что само хирургическое вмешательство может усугублять первичную травматизацию у впоследствии «сложного пациента».

Работа по методике ВМР начинается с того, что уже в первом коротком интервью психолог может выявить, имеется ли блокировка, или травма уже была эффективно «переработана» в процессе спон-

танной реабилитации. Критерием того, что травма «не переработана», будут проявления на телесном, эмоциональном и поведенческом уровнях. На телесном уровне характерны блокировки тела и напряжение конкретных для данного случая групп мышц. Такие блокировки всегда заметны как «неадекватные» текущей ситуации человека и обнаруживаются часто им самим как нечто «чужеродное», «присутствующее постоянно». Иногда такие устойчивые формы «мобилизации мышц» воспринимаются как «дополнительная анатомия». На самом деле обнаруживается, что анатомической основы, как и эмоционально-поведенческого обоснования, для такой мобилизации мышц (тела) в актуальной ситуации нет. В эмоциональной сфере обнаруживается устойчивое повторение фиксированных эмоциональных паттернов или, наоборот, повторяющихся «эмоциональных замираний» в сходных ситуациях. В поведенческой сфере также присутствуют повторяющиеся паттерны. Например, человек настойчиво твердит одними и теми же словами некоторую историю, не меняя текста, сообщая, что «совсем ничего не чувствует» при этом. Характерная особенность такой истории — ее детали при пересказе не меняются и как будто бы вся история не может быть присоединена к остальному жизненному опыту.

Напротив, признаком того, что ситуация «переработана», будет то, что отдельные компоненты и отдельные микроэпизоды ситуации физической травмы свободно комбинируются и рекомбинируются человеком в его практическом опыте текущей жизни, свободно переживаются и реорганизуются, давая основания для организации нового опыта и создания новых вариантов движения физического и движения чувств.

Метод ВМР может быть применен в работе психолога в связи с психофизиологическими следами перенесенной физической травмы в нескольких временных периодах.

Во-первых, непосредственно после события, когда начинается первый этап телесного восстановления. На первый план выходит адаптация и восстановление эмоциональной целостности, в том числе работа с непосредственной эмоциональной реакцией на факт физической травмы.

Во-вторых, после завершения первого этапа реабилитации. В этом случае на первый план выходит задача ускорения восстановительных процессов.

В-третьих, работа возможна в ситуации, когда прошел длительный период времени после события. В этом случае на первом месте будет задача психолога «отработать» сохранившиеся следы эмоционального стресса, которые мешают (затрудняют) реабилитации. Когда работа психолога

с пациентом производится через длительный период после завершения физического восстановления тела, частой жалобой, с которой может встретиться специалист, может быть то, что «телесное восстановление завершено, врачи говорят, что все в норме, а что-то мешает, или нет свободы движений, или мучают боли».

Часть физического и психического напряжения после физической травмы — это результат «незавершенных действий», которые были остановлены в момент экстренной ситуации в эпизоде травмы, так как само по себе нарушение целостности тела и болевой синдром в целом составляют ситуацию травмы. В момент такого события остается много остановленных и не финишировавших «незавершенных действий», которые, как клубок, сохраняются в психике и создают области «телесной и психической блокировки».

В основе метода восстановления микродвигательных реакций лежит принцип незавершенных действий. Впервые принцип эффекта «незавершенных ситуаций» (эффект Зейгарник) был описан в 1927 г. [14]. Многочисленные эксперименты в области «незавершенных ситуаций» были проведены в рамках исследования проблем мотивации школой гештальт-психологов. Эти исследования относятся к кругу интересов последователей Курта Левина и его теории поля [5, 6, 10], выполненных в 20-е гг. прошлого века. Согласно базовой теории, описанной как эффект Зейгарник, «незавершенное действие стремится к завершению». Можно предполагать, что начатое в прошлом и нефинишировавшее действие будет реактивироваться при всех похожих ситуациях. Задача психолога может состоять в том, чтобы распознать, идентифицировать и «развернуть» в микродвигательных проектах как можно большее количество временно остановленных и зафиксированных действий.

Феномен блокировки после травмы — результат фиксации «незавершенного действия». Такая гипотеза принята в гештальт-подходе, в психодраме, в поведенческой терапии и в других направлениях практической психологии. Феномены, наблюдаемые на практике, можно назвать «*психической контрактурой*». Такая блокировка означает, что человек уже может совершать движения, анатомических препятствий для совершения действия нет, но ограничение движений сохраняется, так как психика настойчиво поддерживает ранее сложившуюся схему движения. Этот эффект имеет последствиями как чисто телесные симптомы (изменение схемы движения, изменение состояния тканей и внутренних органов), так и эмоционально-личностные. Последние базируются на том, что человек «сам себя объясняет» через

«удобство или неудобство движения», поэтому искаженные или заблокированные обратные связи от тела запутывают эмоциональную организацию жизни человека.

Необходимо отметить еще один эффект, который делает «блокировку» неблагоприятной. С точки зрения «внутренней картины опыта» психика, поддерживая блокировку части активности, не только актуально ограничивает диапазон выборов в области физических и эмоциональных движений. Блокировка защищает организм от действий, которые, как помнит тело, «приведут к травме». Тем самым специфический психический «гештальт ситуации травмы» не только является напоминанием о неприятном или опасном событии, но и еще «запрещает» использование тех возможностей активности, которые были доступны человеку до эпизода травмы. Это ограничивает как оперативный объем и вариативность движения, так и способность к комбинированию и порождению новых вариантов движения, что существенно снижает способность к адаптации и ухудшает качество жизни.

Одно из последствий таких «блокировок движения» — это широко известный факт повторной травматизации (повторные переломы, падения (например, есть данные, что 80 % травм лодыжки происходят повторно)). Очевидно, что факт ограничения репертуара движений и «запоминания пути к травме» в сочетании с блокированием поиска новых комбинаций движения приводит человека к неловкости в ответственных ситуациях, часто способствуя повторному физическому травмированию.

Помимо «психической контрактуры», нарушения свободы движения мышц после долгого обездвиживания, после травмы может иметь место и крепатура — феномен болей после воспаления. Оба эти феномена могут быть проявлениями устойчивых колец в психофизиологических контурах возбуждения, которые по законам «незавершенного действия» раз за разом реактивируют контур возбуждения и заставляют мышцы воспроизводить напряжение, которое не имеет возможности завершиться и разрядиться. Такое объяснение имеет несколько излишне упрощенный «психологизированный характер», но для практической работы консультанта по методике ВМР оно дает опору для построения гипотезы и оперативного выбора тактики действий. Телесно ориентированные терапевты и мануальные терапевты традиционно называют такие феномены «мышечными блоками», подчеркивая психический базис такого ограничения.

Проработка по методу ВМР оказывается полезной и для эффектов, связанных с временной адаптацией к физической травме, нарушающих

привычную схему движения тела и создающих напряжение в теле, которое обнаруживается после эпизода физической травмы и поддерживается не только в результате сохранившихся «незавершенных действий». После травмы закрепляется временно созданная схема движения, обусловленная патологическими последствиями травмы и адаптацией к новым условиям движения. Например, травмированные при растяжении связки в голеностопе вызывают боль. Человек, избегая боли, нагружает другие мышцы. Например, при травме падения человек повредил правую ногу. Он начинает беречь конечность, в которой чувствует боль, и таким образом меняет схему движения для левой ноги. Через некоторое время именно в суставах и мышцах нетравмированной ноги начинают развиваться дискомфорт и напряжение. Это напряжение становится привычным. Новая схема движения закрепляется. Теперь дискомфорт испытывает и левая нога, которая была ранее в полном физическом порядке. Схема движения тела становится привычно дискомфортной и жестко фиксируется. Именно такое перераспределение усилий и создание новой схемы организации движения становится основанием для повторных травм, которые объясняются физиологами снижением проприорецепции в травмированной области.

Изменение из-за травмы механики движения в сочетании с изменением координации движения из-за болевого синдрома на конкретном участке тела приводит к общему изменению схемы движения тела, и это изменение само по себе становится стрессом для человека и, как следствие, влияет на психику. Так травма влияет на эмоциональное состояние человека. В следующей жизненной ситуации, в которой будет требоваться физическая ловкость, мышцы окажутся напряженными, движения тела будут недостаточно ловкими и такая неловкость станет поводом для повторной травмы.

Проработка деталей движения высвобождает актуальные возможности тела и восстанавливает полную спонтанность готовности к движению. В этом случае методика ВМР максимально ориентирована на актуальную «здесь и сейчас» ситуацию, в которой человек обнаруживает себя непосредственно в кабинете консультанта.

Навыки специалиста, который может применять метод ВМР, достаточно специфичны. Это навыки наблюдения за естественным формированием образа движения у человека (динамический гештальт движения), умение выделять уникальную форму одного целостного движения тела человека на общем фоне, способность сочинять и предлагать клиенту короткий эксперимент, который по-

зволяет выполнить амплификацию (фокусирование и усиление) движения и придать ему форму заверченного гештальта. В человеческом плане терапевту необходимы навыки создания в сессии для пациента атмосферы доверительности и готовности к телесной и психической импровизации, свободы перехода от одного динамического гештальта к другому, импровизации в области формы поддержки, умение разговаривать человека и пробудить его творческий потенциал. Пробудить интерес к экспериментированию в области движения не такая уж простая задача, многие люди привыкли контролировать свое движение и опасаются новизны опыта. Кроме того, консультанту необходимо свободно перемещаться в двух плоскостях работы, различая телесные проявления невротического регистра (физические движения, которые отражают скрытые в фоне коммуникации психические явления, побуждения или эмоции, выраженные через телесный план содержательные послания) и план чисто физиологический, отражающий работу с непосредственным мышечным компонентом в области «нефинишировавших» действий.

В целом консультанту необходимо умение свободно поддерживать тематическую беседу на нескольких уровнях сюжета жизненного опыта (биологическом, психическом, личностном, социальном, культурном). На каждом из этих уровней необходимо сделать доступными вниманию клиента остановленные (временно остановленные) импульсы к движению, которое организовано во внешнем пространстве.

Несомненно, пока методом ВМР владеет не слишком большое количество специально подготовленных психологов. Однако на практике мы много раз отмечали, что естественность и своеобразная логичность предлагаемых консультантом действий легко «схватывается» даже клиентом, и минимум через 15 минут клиент сам пробует подхватить основные принципы работы и развивать предложенную его вниманию технику в самостоятельной работе.

Наибольшую сложность на первых порах представляет необходимость различать «невротические» двигательные импульсы и физические импульсы, которые являются началом «не финишировавших» ранее действий. Но несколько четко сфокусированных микроэкспериментов в работе дают надежное основание для распознавания этого различия. Основной момент, который отмечают клиенты, — это то, что «нефинишировавшие действия» относятся к контексту «тогда», а «невротические» импульсы — к настоящему моменту и представляют собой сообщения, которые могут

быть декодированы в системе отношений клиент — консультант.

Клиенты порой невольно запутывают консультанта, так как перенесенный неприятный опыт в прошлом побуждает их «извлекать полезные выводы из негативного опыта». При этом в фокусе внимания будут не те самые необходимые нам для работы «нефинишировавшие», остановленные движения, а, наоборот, остатки этих движений будут сохраняться в фоне, создавая тревожность, и эта тревожность станет материалом, из которого клиент «сочиняет новое движение». Это тенденция не к разворачиванию движения, а к усилению изоляции и отщеплению неприятных переживаний. Важно не путать «незавершенные действия», которые идентифицируются клиентом в ходе работы, и похожие на них, но фундаментально отличающиеся от незавершенных действий варианты «эффективного обучения» после травмы. Обучение «более эффективным приемам движения», позволяющим адаптироваться к новой схеме движения, которые стремится освоить клиент, как ни странно, создает предпосылку для того, чтобы зафиксировать (оставить заблокированными) те самые «незавершенные и репрессированные импульсы».

Можно найти аналогии свободы движения психики и свободы движения тела. При физической травме типы нарушения спонтанности и опыт блокировки тела максимально похожи на нарушения при эмоциональных травмах нарциссического типа. Нарциссические механизмы адаптации к стрессу, переживание изоляции, диссоциация развиваются при опыте физической травмы по аналогии с механизмами замирания и стыда при эмоциональной травме. Поэтому велика роль шоковой физической травмы и в отношении формирования предпосылок нарциссических механизмов. «Замирание» тела при шоковой физической травме создает базис, и если после нее во время переживания психического стресса человек замирает, то тело как будто узнает ситуацию и «догадывается», что в перспективе ближайшего развития событий благоприятного для организма выхода нет.

Для сравнения метода ВМР с другими методами можно привести в качестве примера метод гипноза и релаксации при работе непосредственно с болевым синдромом. Целью такой работы было бы снижение боли и дискомфорта. Долгое время считалось, что действенный и эффективный путь для реабилитации по поводу физического дискомфорта или боли после физической травмы — это использование прямого или косвенного внушения или гипноза. В том числе с помощью гипноза может быть произведено обезболивание. В результате гипноза

можно добиться снижения болевого синдрома и облегчения выполнения движений. Однако именно метод ВМР дает более интегрированные положительные результаты. В этом методе целью является не снижение болевого синдрома, а восстановление внутренней свободы порождения движения, уместного в ситуации.

Хорошо известны тактики работы с телесными симптомами, которые применяются в стиле «поиск символического значения симптома». Работа в аналитическом стиле предполагает поиск «символического значения симптома». Эти тактики действий хорошо описаны в литературе и хорошо понятны на практике. Если клиенту под руководством консультанта удастся обнаружить символическое значение содержания симптома в своих коммуникациях в группе и с ближайшим окружением, то он сможет вернуть сам себе психологическую часть этого символического значения, после чего тело освободится от направленных в телесную сферу эмоциональных блоков и разрушительное действие симптома прекратит свою работу.

Другие варианты работы с символами симптома отсылают нас к глубокому погружению в детские травмы и анализу ранних детско-родительских отношений. Символика симптома может напомнить старые детские фиксации в отношениях. Предполагается, что обнаружение детских чувств восстановит свободу эмоциональной жизни человека.

Методика ВМР хорошо сочетается с методом поиска символического значения симптома в отношениях, дополняя его восстановлением непосредственной свободы движения. Кроме того, при поиске символического значения симптома из-за эффектов фиксированных блокировок может воспроизвестись патологическая схема организации двигательного опыта и произойти сохранение в глубине очага напряжения. Применение ВМР исключает этот эффект.

Методология ВМР разработана в рамках идеологии гештальт-подхода, сочетая новейшие представления о психофизиологии с традиционными идеями гештальт-подхода, предложенными еще в середине XX в. Тактики гештальт-методологии предлагают делать в работе акцент на спонтанность, целостность, доверие человека к себе самому, поддержку интенциональности и концепции «творческого приспособления». Терапевт начинает работу с активизации телесных процессов. Гештальт-терапевт уделяет много внимания телесным процессам. В случаях телесной физической травмы фигуры самого заблокированного импульса и фигуры отношения и душевной активности совпадают. Это создает дополнительную возможность обратиться к телесному уровню опыта.

Консультант использует телесность в ходе сессии, предлагая клиенту поддержать движения, которые спонтанно были порождены человеком в ситуациях стресса; в ходе «обычных по тематике» сессий консультант поддерживает телесность во время экспериментов, в которых используется форма активных диалогов с воображаемыми фигурами, обмены ролями, динамические скульптуры. Часто движение организуется в пространстве, в диалогах, в которых человек проводит работу, буквально перемещаясь из одной точки в пространстве в другую, меняясь ролями. Чаще всего этот вид экспериментов организован как пересаживание со стула на стул или с подушки на подушку. Гештальт-терапевт может предложить пациенту кинуть предмет (ту же подушку), или потянуть на себя предмет, или найти другую форму манипулирования предметом. Смысл этих предложений о работе с телом в том, чтобы клиент мог найти наиболее эффективные и «естественные» для себя движения в данный момент времени и тем самым вернуть себе доверие к спонтанности тела. В ситуации проработки физической травмы на первый план выходит задача идентифицировать и развить форму именно непосредственного движения тела, а не только тела как носителя психической (символической) активности. Это ориентация в пространстве, борьба, ловкость, балансировка [13]. Эти движения имеют самую естественную для тела форму и функциональность, развиваясь в реальном времени и в реальном пространстве, в пространстве физического мира. Система отношений тела в ситуации травмы на физическом плане — это отношения человека в движении и окружающем его физическом мире.

В методологии гештальт-терапии большое внимание уделяется поддержке. Человек останавливает движение или оставляет активность репрессированной, остановленной, если со стороны окружения нет достаточной поддержки. Что могло бы быть поддержкой со стороны окружения для того, чтобы человек мог поддержать и развить, дать форму гештальту движения? В эксперименте консультант предлагает клиенту создать фантазийную атмосферу, и в рамках предложенных временно дополнительных возможностей движение получает свою форму, динамический гештальт движения получает свое развитие и завершается. Фантазийность добавляет возможностей по сравнению с теми условиями, которые предлагал окружающий мир в вызвавшей блокировку ситуации травмы. Какие фантазийные условия можно предложить для эксперимента? Например, есть дополнительное время для маневра. Или есть упругий батут, на который приземлится

человек при падении. Или человек в фантазии повышает скорость движения и ловкость. Такие «добавки» позволяют развернуться проекту движения и дать место для его завершения. Эффект «незавершенного действия» таким образом сходит на нет, мышцы человека и его тело отныне готовы и свободны для поиска новых уникальных форм активности.

Идеомоторная тренировка — это почти забытая тактика, которая применялась спортсменами для отработки координации движений. Часто у атлетов возникает необходимость тренировать (понять) координацию тела в упражнении, которое выполнено в воздухе, то есть без опоры и на большой скорости. Например, это прыжок лыжника с трамплина, или прыжок в высоту, или прыжок в воду, или движение гимнаста. Тело человека находится в мобилизованном состоянии, но в удобной полулежачей позе. Человек представляет себе движение в деталях. В это время мышцы его сокращаются и на микроуровне движение координируется. Есть много случаев, когда такая форма микродвижений функциональна и, возможно, единственно необходима. Например, это ситуации, когда в теле есть боль. Человек старается сократить движение до минимума, однако это нецелесообразно. Страх перед движением сам по себе вызывает сокращение мышц и блокировку обменных процессов в травмированном месте, что удлиняет срок выздоровления. Также такая форма микродвижений может быть единственно возможной ввиду состояния пациента и условий лечения (при иммобилизации конечностей, вынужденном положении и др.).

Использование организованных в динамический гештальт микродвижений решает сразу две задачи. Они невелики по амплитуде (идеомоторная тренировка) и потому неопасны в плане дополнительного травмирования. И они достаточны для того, чтобы уменьшить неподвижность (закрепощенность) мышц и избавиться от спазматических блокировок. Поэтому мы используем идеомоторный принцип работы при коротких сроках после травмирования, когда тело страдает, когда ткани еще повреждены и восстановление только началось. Работа с воображением решает эту задачу.

Другая задача, которая может стоять при работе с незавершенным действием, это амплитуда, сила и скорость движения в ситуации, когда была получена физическая травма. Маловероятно, что человек в кабинете консультанта будет способен создать (воспроизвести) движение реалистично. И может быть просто опасным выполнять такое движение в реальности. Поэтому желательно использовать динамическую фантазию. По сути дела, часть работы

с последствиями физической травмы поддерживает естественный процесс, который могла бы делать самостоятельно психика во время сновидений.

ОПИСАНИЕ МЕТОДИКИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ МИКРОДВИГАТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ

Клиенту предлагается в реальном времени рассказать психологу ситуацию, в которой имела место физическая травма. Клиент рассказывает о событии в спокойной обстановке, он может лежать или сидеть на кресле. Консультант фиксирует в рассказе все микроэпизоды, в которых замечает короткие «срывы контакта». Это могут быть короткие остановки дыхания, микродвижения корпуса или интегративные признаки, соединяющие вербальные и невербальные характеристики.

Клиент воспроизводит ситуацию детально и последовательно, консультант фокусирует внимание клиента на деталях предполагаемых «остановок» и предлагает уделить дифференцированное внимание каждому отдельному микроэпизоду. Такая тактика направлена против возможной ретравматизации или избыточного телесного или эмоционального напряжения. Рассказ излагается и выслушивается последовательно, по этапам. Эпизод разделяется на три больших интервала: до события, во время события и непосредственно после события. Дополнительно включается четвертый интервал, который охватывает дальнейшие последствия события. В него входят сюжеты, в которых человек включается после травмы в обыденную жизнь. Зачастую обнаруживается серия последовательных событий травматического типа. В этом случае каждый из таких эпизодов, образующих цепочку, рассматривается по той же трехчастной схеме. Для каждого эпизода рассматривается интенциональность: мотивация и побуждение человека (эмоциональный уровень), поведенческий уровень (двигательный проект, действие в физическом пространстве).

Консультант поддерживает внимание клиента к его к телу, осознанность и фокусирование на микродвигательных телесных проявлениях. Телесные импульсы могут относиться к разным микроэпизодам, связанным с первым, вторым, третьим или даже четвертым интервалом события, без соблюдения последовательности. Важной частью методологии ВМР является то, что консультант должен быть готов к тому, что импульсы могут проявляться в опыте человека не по порядку, а в случайном расположении. Именно спутанность (как спутанность ниток в мотке пряжи) часто лежит в основе феномена блокировки импульсов, препятствуя механизмам спонтанной психофизиологической реабилитации.

На каждый телесный импульс консультанту необходимо находить вместе с клиентом подходящий микросюжет из одного из уровней (личностного, социального, физического), этот сюжет дает возможность идентифицировать, усилить, дать подходящую форму и завершить импульс в форме действия, имеющего организованную пространственно-временную форму. Часто такая работа проводится в фантазийном ключе. Сюжет для развертывания действия выполняет важную функцию, так как он «оправдывает» движение в личностном пространстве человека.

Уникальность и новизна метода ВМР состоят в том, что он дает возможность множественного и разнонаправленного (противоречащего один другому) развития временно остановленных в эпизоде физической травмы действий. Важно, что боль и неожиданность потери привычной возможности движения вызывают остановку всех ранее активных двигательных процессов. Как минимум это движения, связанные с ориентацией, с попыткой восстановить равновесие, с попытками справиться со сложной ситуацией, с адаптацией к падению, боли, с переживанием растерянности и дезориентации, ярости и обиды. В рамках одной сессии консультант проводит от 20 до 40 микроэкспериментов, относящихся к эпизоду травмы, используя «клиповый» метод. Это веер динамических гештальтов физического движения. И в ходе экспериментов начальные формы микродвижений восстанавливаются и получают развитие. Как результат возвращается гибкость и адаптированность телесного процесса.

Специфика описываемого подхода к работе с незавершенными действиями, заморозившимися в ходе физического травмирования, заключается в том, что восстанавливаются в правах все начинавшиеся на разных этапах развития ситуации травмы и ставшие неуместными (и потому временно оборванные) импульсы действия. Каждый из них признается имеющим свою законную форму и свою цель, равно как и те, которые были полезны для выживания, и те, которые были бесполезны или даже опасны. Терапевтический эффект возникает за счет сочетания восстановления естественного телесного процесса порождения спонтанной активности в ситуации, за счет облегчения общего телесного напряжения в связи с тем, что блокировка отменена и подвижность чувств и их живость восстановлены. В рамках метода ВМР консультант не поддерживает снижение напряжения за счет обезболивания или других форм изоляции напряжения, что принципиально важно для последующего полноценного перепроживания и завершения травматического опыта и освобождения от его негативных последствий. Часть напряжения, согласно базовой гипоте-

зе метода ВМР, составляют позитивные, важные и естественные для человека побуждения, которые остановлены (оборваны) развитием события травмы. Исцеление предполагает их восстановление и освобождение из «замороженного» поля травмы.

В психическом (личностном) смысле завершение такого импульса в каждом из регистров восстанавливает доверие к себе самому как к источнику активности. Доверие это становится базой для «творческого приспособления», базой для свободы в следующих ситуациях. Это работа с прошлым ради будущего.

Консультант предлагает клиенту детально вспомнить ситуацию, заметить, какие есть воспоминания на каждом из 4 уровней (биологическом, психическом, личностном и социальном). Каждый небольшой телесный импульс рассматривается как начало маленького спонтанного двигательного проекта. Используется «принцип веера»: предполагается, что в эпизоде физического травмирования сплелись разнообразные и противоречивые множественные импульсы движения. Назначение части этих движений — попытка сохранить равновесие, другая часть — попытка избежать опасности, следующая часть — это реакции замешательства и паники, самозащитной (самооберегающей) агрессии, реакция на физическую боль и т. д. Направления в пространстве этих движений, их форма будут различаться. Каждое из них имеет свою уникальную форму, так как они спонтанно и интуитивно порождались психикой. Не все импульсы были эффективны и рациональны. Важно, что их было много и все они были прерваны механической частью травмы и болевым синдромом.

В ходе терапии дается место каждому из импульсов, как эффективным, так и бесполезным. Тем самым создается основа для восстановления человеком доверия к себе самому и к своей спонтанности. В результате такой работы клиент меняет стиль поведения, двигательную схему поведения, меняет систему опоры. Меняет походку. И в результате движения человека становятся более скоординированными.

Тип ситуации, в котором может использоваться принцип работы с «незавершенным действием», относится только к последствиям экстренных случаев. Сложно и даже порой невозможно эффективно работать с использованием принципа «микромышечных реакций» с хроническими заболеваниями, к которым человек адаптирован и которые развиваются эволюционно. В таких случаях метод вряд ли может найти применение и может оказаться вредным. Метод перспективен для травм, полученных благодаря действию внешнего «агента» (ДТП) или в результате неудачного движения

(падение во время тренировки по бегу), травмы, полученной в результате нарушения координации в стрессовых ситуациях, то есть в случаях, в которых человек находится в активных отношениях с окружением.

Пример использования методики ВМР. *Подросток, 16 лет, с товарищами тайно от родителей играл на крышах частных гаражей. Прыгая с крыши на крышу, он увлекся и не рассчитал свои силы. Перед прыжком ему кто-то звонил на мобильный телефон, и он отвлекся на звонок. Он потерял равновесие и начал падать, делая неловкие попытки зацепиться за конструкции стенок гаража. Товарищи смотрели на него и давали советы, что усугубляло его растерянность и неловкость. Он получил компрессионный перелом позвоночника и на 6 месяцев оказался прикован к постели. Работа по методу ВМР велась 3 месяца в период реабилитации, когда подросток должен был лежать в постели. Он жаловался на напряжение в теле и на то, что боли мешают ему лежать спокойно. В процессе терапии ему предложено было вспомнить эпизод падения. В сессии был выделен пласт отношений с товарищами, и в этом слое незавершенные действия имели форму разговоров и персональных обращений. В слое координации физических движений были выделены отдельно движения, которые относились к моменту начала потери равновесия, к моменту скольжения, к моменту падения. Подросток заметил, что он «чувствует, как мог бы более ловко развернуть свое тело», буквально почувствовал это движение, которое было начато в его теле. После этой игры (а работа консультанта и работа для подростка были оформлены как игра и реабилитация через игру) мышцы корпуса стали более свободными, и это помогло легче выдерживать постельный режим. На настоящий момент, 4 года спустя после травмы, реабилитация полностью завершена, юноше 20 лет, нарушений двигательной схемы или жалоб на боли в спине не имеется.*

* * *

Выше упоминалось, что психолог, владеющий разнообразными подходами на разных этапах работы с клиентом, перенесшим травму, может обучиться и методу ВМР. Более того, базовые принципы оказания психологической помощи клиенту с физической травмой с использованием ВМР могут быть освоены и с пользой применены врачами-травматологами, реабилитологами и, что важно, родственниками, оказавшимися рядом с травмированными близкими. Эти навыки могут быть особенно необходимы родителям детей, перенесших

травму и (или) оперативное вмешательство. Ведь часто именно родители оказываются очевидцами травматического эпизода и имеют возможность еще до подхода медицинских специалистов психологически грамотно помочь ребенку пережить самый острый момент его травматизации, что может сыграть не столь очевидную, как медвспоможение, но значимую роль в будущем психическом и соматическом здоровье ребенка. Для этого необходимо повышать психологическую образованность (подготовленность) родителей в обсуждаемом вопросе. Ведь травма ребенка, даже самая незначительная, вроде пореза пальца или ушиба, не говоря о серьезных переломах и других повреждениях, — это экстремальное событие в жизни родителей, которое может стать не менее (а подчас и более) травмирующим эпизодом для них самих [2, 8, 12]. Владение основами этой методики даст возможность родителям совладать с их собственным страданием по поводу бессилия в ситуации травмы ребенка и эффективнее использовать свои ресурсы для оказания помощи пострадавшему.

Принимая во внимание также перспективы развития организации службы реабилитации¹ пациентов травматолого-ортопедического профиля, включение психолога, владеющего методикой ВМР, наряду с другими методами психологической работы при травмах, в состав мультидисциплинарных реабилитационных бригад (МРБ) травматолого-ортопедических центров является очевидной необходимостью [3], способной придать еще больший потенциал реабилитации пациентов данного профиля.

ЛИТЕРАТУРА

- Баиндурашвили А.Г., Шапиро К.И., Дрожжина Л.А., Вишняков А.Н. Показатели и динамика травм костно-мышечной системы у детей Санкт-Петербурга в современных условиях // Педиатр. — 2016. — Т. 7. — № 2. — С. 113–120. [Baindurashvili AG, Shapiro KI, Drozhzhina LA, Vishnyakov AN. Indicators and dynamics of injuries of the musculoskeletal system in children of St Petersburg in the current conditions. *Pediatr.* Saint Petersburg; 2016;7(2):113-120. (In Russ.)]
- Глогер-Флендер Р. Работа с родителями. Образование родителей — превентивная помощь для детей. Реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях учреждений социального обслуживания // Сборник материалов всероссийской научно-практической конференции (с международным участием). — Ставрополь, 2016. — С. 45–50. [Gloger-Flender R. Rabota s roditelyami. Obrazovanie roditeley — preventivnaya pomoshch' dlya detey.reabilitatsiya detey s ogranichennymi vozmozhnostyamizdorov'ya v usloviyakh uchrezhdeniy sotsial'nogo obsluzhivaniya. Sbornik materialov vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii (s mezhdunarodnym uchastiem). Stavropol'; 2016:45-50. (In Russ.)]
- Губин А.В., Орешков А.Б., Насыров М.З., и др. Основные методологические подходы к организации службы реабилитации в ортопедо-травматологическом центре // Гений ортопедии. — 2016. — № 1. — С. 18–27. [Gubin AV, Oreshkov AB, Nasyrov MZ, et al. Basic methodological approaches to organization of rehabilitation services in an orthopedic-traumatological center. *Geniy Ortopedii.* 2016;1: 18-27. (In Russ.)]
- Зейгарник Б.В. Психология личности. Норма и патология. — М.: МПСИ, 2007. [Zeygarnik BV. Psikhologiya lichnosti Norma i patologiya. Moscow: MPSI; 2007. (In Russ.)]
- Зейгарник Б.В. Теория личности К. Левина. — М.: Изд-во Моск. ун-та, 1981. [Zeygarnik BV. Teoriya lichnosti K. Moscow: Izd-vo Mosk. un-ta; 1981. (In Russ.)]
- Левин К. Теория поля в социальных науках / Пер. Е. Сурпина. — СПб.: Речь, 2000. [Levin K. Teoriya polya v sotsial'nykh naukakh. Ed by E. Surpina. Saint Petersburg: Rech'; 2000. (In Russ.)]
- Левин П. Исцеление от травмы: уроки природы // Московский психотерапевтический журнал. — 2003. — № 1. — С. 53–68. [Levin P. Istselenie ot travmy: uroki prirody. *Moskovskiy psikhoterapevticheskiy zhurnal.* 2003;(1):53-68. (In Russ.)]
- Пахомова М.А. Психологическое состояние родителей, дети которых находятся на лечении на отделении реанимации // Вестник СПбГУ. — 2010, март. — Серия XII. — Вып. 1. — С. 169–175. [Pakhomova MA. Psikhologicheskoe sostoyanie roditeley, deti kotorykh nakhodyatsya na lechenii na otdelenii reanimatsii. *Vestnik SPbGU.* 2010, March: seriya XII, vyp. 1:169-175. (In Russ.)]
- Петрова Е.Ю. Травма. Материалы к авторскому семинару по работе с последствиями шоковой травмы и экстренных ситуаций. Москва — Санкт-Петербург, 2015. Доступен по: <http://elenapetrova.ru/article/elena-petrova-c-2015-travma> (17.09.2016). [Petrova EY. Travma. Materialy k avtorskomu seminaru po rabote s posledstviyami shokovoy travmy i ekstremnykh situatsiy. Moscow — Saint Petersburg. 2015. Dostupen po: <http://elenapetrova.ru/article/elena-petrova-c-2015-travma> (17.09.2016) (In Russ.)]

¹ Приказ «Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм (с изменениями на 27 января 2016 года)» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31 июля 2015 года № 528н.

10. Hall CS, Lindsey G. Theories of Personality. N.Y.: John Wiley and Sons, 1970.
11. Levine P. Understanding Childhood Trauma. First Aid for Accidents and Falls. Healing Past Trauma. Mothering. 1994. P. 49-54.
12. Moot SA, Teevan RC, Greenfeld N. Fear of failure and the Zeigarnik effect. *Psychol Rep.* 1988 Oct;63(2): 459-64.
13. Steffen JS, Obeid I, Aurouer N, et al. 3D postural balance with regard to gravity line: an evaluation in the transversal plane on 93 patients and 23 asymptomatic volunteers. *Eur Spine J.* 2010 May;19(5):760-7. doi: 10.1007/s00586-009-1249-5. Epub 2009 Dec 25.
14. Zeigarnik B. Das behalten erledigter und unerendigter handungen. *Psychologische Forschung.* 1927;9:1-85.

◆ Информация об авторах

Елена Юрьевна Петрова – медицинский психолог, директор Интегративного института гештальт-тренинга и развивающих коммуникаций, Санкт-Петербург. E-mail: petrova.gestaltspb@gmail.com.

Мария Александровна Пахомова – ст. науч. сотрудник Научно-исследовательского центра ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. E-mail: mariya.pahomova@mail.ru.

◆ Information about the authors

Elena Y. Petrova – medical psychologist, Director Institute of Gestalt Training and Developmental Communications, St Petersburg. E-mail: petrova.gestaltspb@gmail.com.

Maria A. Pakhomova – MD, Senior Researcher. Research Center. St Petersburg. State Pediatric Medical University Ministry of Health of the Russian Federation. E-mail: mariya.pahomova@mail.ru.