

ДОСВІД РОБОТИ З ТРАВМАТИЧНИМИ ПЕРЕЖИВАННЯМИ КЛІЄНТІВ В ПРАКТИЦІ ПСИХОТЕРАПІЇ: СТРАТЕГІЇ ТА СПЕЦИФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ

Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями. Узагальнення власного досвіду психотерапевтичної роботи та супервізії терапевтів, які працюють з клієнтами – травматиками, актуалізувало питання про сутність терапії таких клієнтів, починаючи з обрання стратегії терапевтичної роботи, особливостей роботи з архаїчними механізмами захисту та можливостями ідентифікації ранніх потреб клієнтів та обрання оптимального способу їх задоволення. Терапія клієнтів, які мають травматичний досвід вимагає від психолога специфічних вмінь та розуміння суттєвих особливостей таких клієнтів. Саме це стає заставою обрання найбільш ефективної для даного клієнта стратегії роботи.

Взагалі, практика психотерапії травми визначається теоретичним підходом, який обирає психолог та його професійною філософією. Вибір стратегії психотерапевтичної роботи залежатиме також і від готовності клієнта описувати свій досвід у системі координат тієї чи іншої теорії. Узагальнюючи власний досвід психотерапії травми, можна впевнено стверджувати, що не існує найбільш вдалого та ефективного напрямку роботи. У кожній теоретичній парадигмі своє розуміння сутності травми та можливих стратегій роботи з нею. Але кожному психотерапевту все ж таки доводиться обирати той чи інший напрям роботи. Тому важливо чітко розуміти специфіку та психологічну сутність травмованої людини, певні ознаки її особистості, які необхідно враховувати в процесі діагностики травматичного досвіду клієнта та змістовні характеристики допомагаючих психотерапевтичних відносин. Саме спираючись на це психотерапевт зможе обрати оптимальний напрям роботи та допомогти клієнту подолати наслідки власної травми.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Беззаперечним є факт того, що лише психотерапія є тією формою допомоги, яка здатна реконструювати травматичний досвід клієнта та компенсувати наслідки травми для його подальшого життя. На сьогоднішній час існує досить багато підходів у терапії травми. Пропоную проаналізувати найбільш поширені психотерапевтичні підходи, які мають власне розуміння феномену травми та виокремлюють роботу з травмою як специфічний напрям терапії.

Психоаналітичний підхід розглядає травму як несвідомий процес у психіці, який прагне вичерпати себе за рахунок повторного проживання ситуації, катарсису та відреагування. Специфіка психотерапевтичної роботи з травмою в межах цього підходу полягає в можливості активізації інших скритих травматичних епізодів, які фіксують клієнтів на постійному переживанні травми [3].

Психотерапія травми в межах аналітичного підходу спрямована на досягнення єдності внутрішнього та зовнішнього світу, уяви та реальності, поновлення контакту Его та Самості, шляхом роботи з горем та розвитком толерантності до афекту. Це на думку аналітиків, сприятиме інтеграції Самості. Психоаналітики орієнтуються на роботу з символічною реальністю клієнта у ході психотерапії. Саме це, на їх погляд, допомагає активізувати поновлення зв'язку між афектом та образом.

У роботі з травмою в межах поведінкового підходу психотерапевт зосереджує увагу на специфічних стимулах та фобіях клієнтів. У процесі терапії клієнту пропонують конфронтувати з неприємними ситуаціями доки вони не перейдуть у ранг звичних. Клієнтів навчають релаксації, яка призвана допомогти переробити збудження, яке виникає в результаті травматизації.

Когнітивні психотерапевти пропонують фокус уваги утримувати на когнітивних та перцептивних факторах травматизації, дещо знецінюючи чуттєвий та тілесний компонент травми. Психотерапевт виходить із того, що сама травматична подія не має для особистості ніякого значення. Важливим є значення, яке сама людина приписує цій події. Якщо значення, присвоєне травмі дезадаптивне (а саме це і відбувається при травматизації, оскільки людині не вистачає ресурсів для психічної переробки події) то це викликає надмірні емоції. Тому, основне завдання психотерапії навчити клієнта ідентифікувати дезадаптивні сигнали та виправляти їх автоматично.

В логотерапії В. Франкла психотерапія травми складається з пошуку втраченого при травматизації смислу. При чому смисл не можливо придумати, його можна лише усвідомити, оскільки він з'являється на межі внутрішнього людини із зовнішнім. В. Франкл пропонує допомогти людині, котра пережила травму прийняту одну із наступних цінностей – творчість або свобода індивідуального відношення до світу та своїх дій по відношенню до нього, цінність переживань [11].

В екзистенціально-гуманістичній психотерапії Дж. Бьюдженталю зцілення травми можливо в процесі розкриття суб'єктивності, внутрішнього дослідження, спрямованого на усвідомлення та реконструкцію системи «Я та Світ» [1].

Гештальт - терапія травми виходить з уявлення про те, що психічна травма – це наслідок втрати або блокування процесу переживання, що супроводжується комплексом психічних феноменів [8]. При такому розумінні психотерапевтична стратегія буде спрямована на межу контакту клієнта з навколишнім середовищем, представниками якого є терапевт та оточуючі клієнта люди. При цьому, терапевтичний процес буде феноменологічним за своєю сутністю, що передбачає орієнтацію на феномени, які виникають в терапії та їх динаміку, яка виявлятиметься на межі терапевтичного контакту. Взагалі, процес гештальт - терапії спирається на базові конструкції підходу – self як процес на межі контакту, що динамічно реалізується за рахунок его функцій - id, ego, personality, цикл контакту та його переривання та поля організм/ середовище [Віллер, 2005; Перлз, 2001].

Окремий блок складають тілесно орієнтовані підходи, котрі на мою думку, при роботі з травмою мають певні переваги перед описаними вище. Так, робота з тілесністю в процесі проживання незавершених ситуацій активно використовується в соматичній терапії психічної травми П. Левіна. Травматизація – це частина природного фізіологічного процесу, який не отримав можливості прийти до завершення. Увагу терапевт приділяє саме зціленню тілесних симптомів травми в межах так званої тілесно – фокусованої терапії. Цей метод надає можливість виявити заблоковану енергію, завершити тілесний гештальт та подолати наслідки травми методом «соматичного переживання» [5]. Тіло, котре переживає травму не здатне вмістити страх того, що воно не зможе щось пережити. Цей страх блокується в тілі у вигляді зупиненої енергії, що найчастіше відбувається у ситуації замирання. Велика кількість енергії, яка мобілізується організмом в ситуації шоку (переляку) не використовується організмом та залишається в тілі. Завданням терапії є ідентифікація заблокованої в тілі енергії та створення умов для розблокування її в дії. П. Левін пропонує провести клієнта наступним шляхом - від ідентифікації тілесних відчуттів до пов'язаного з травмою образу, а потім до дії або жесту (реального або явного), які залишились не реалізованими в ситуації травми, потім до заблокованих емоцій та усвідомлення, і наприкінці, смислового рішення. Клієнт не може змінити того, що з ним сталося, але він здатний змінити власне відношення до цього. Зміна установки по відношенню до пережитого травматичного досвіду впливає на якість життя людини та розвиток її особистості. На думку П. Левіна, цей метод взагалі виключає

ретравматизацію клієнтів. Хоча мій власний досвід свідчить про те, що для більшості клієнтів навіть спогади про травму, образи викликані травмою вже мають травматичний характер.

Достатньо схожим на цей підхід є бодинамічний аналіз Л. Марчел, яка виокремлює два фактори, що впливають на фізичний стан людини, розвиток її особистості та здатність справлятися з труднощами [10]. Вона виокремлює наступні види травм - травма життєвих криз, травми розвитку та шоківі травми.

У шоківій травмі Его клієнта пасивне, оскільки травма порушує звичне відчуття світу. Коли людина повертається із травми у власне Его вона не може знайти новий спосіб існування з новим уявленням про себе – як про людину, що перенесла травму (це виражається у певному відношенні до себе). У стані шоку людина дисоціюється, бачить себе зовні. Коли людина виходить з ситуації шоку, вона приймає деструктивне рішення, яке має вплив на саму ситуацію травми та на подальше життя. Тому головне завдання роботи з шоківіою травмою в межах бодинамічного підходу є зміна рішення, яке було прийнято людиною і якому вона слідує у наступному після травми житті. Отже, робота з травмами розвитку в межах бодинамічної моделі спрямована на поновлення здорових структур розвитку, що дозволяє людині бути більш стійкою до психотравмуючих факторів.

Американський вчений С. Гроф, автор системи холотропного дихання, увів поняття системи конденсованого досвіду (СКД) – патологічно стійкого утворення, яке виникає навколо травми [6]. Навіть коли травма усвідомлюється людиною вона продовжує активно впливати на її психіку, деформує поведінку особистості. Саме усунення СКД є умовою оздоровлення психіки та пробудження її глибинних ресурсів.

Психотерапія травми Ф. Шапіро, виходить з того, що більшість патологічних станів є наслідком попереднього життєвого досвіду, який формує стійкий патерн афекту, поведінки, самоуявлення та структуру ідентичності людини. Патологічна структура полягає у статичній переробці інформації, котра відкладається у пам'яті під час травматичної події. Емоційна травма може порушити роботу системи переробки інформації, тому інформація буде зберігатись у формі, обумовленої травматичними переживаннями, що може призвести до появи специфічних симптомів травми. Автор наголошує на тому, що рух очей запускає психологічний процес, який активізує інформаційно-переробну систему та поновлює її рівновагу. Завдання терапевта встановити зв'язок між свідомістю та ланкою мозку, в якому зберігається інформація про травму. Згідно цієї теорії активізація переробки травматичних спогадів буде природним чином спрямовувати ці спогади до адаптивної інформації, необхідної для позитивного вирішення ситуації.

Виділення невіршених частин проблеми. Наявність великої кількості психотерапевтичних підходів, спрямованих на подолання наслідків травми не вирішує усіх завдань, які постають перед психотерапевтом у ході роботи з клієнтом - травматиком. Залишається досі не вирішеним питання багаторівневої реконструкції травматичного досвіду особистості. Оскільки психічне проявляє себе на декількох рівнях – тілесному, емоційному, когнітивному, духовному тому і опрацювання травми повинно проходити на усіх рівнях. Особливу цікавість викликає і комплексна діагностика клієнтів – травматиків, котра допомогла б накреслити ефективні психотерапевтичні стратегії. Ще недостатньо зрозумілою лишається і специфіка психотерапевтичних відносин між клієнтом та терапевтом при різних видах трав.

Мета статті. На основі узагальнення теоретичного матеріалу та досвіду психотерапії виокремити специфічні особливості взаємодії клієнта та терапевта, визначити суттєві ознаки травматичної особистості, з якими доведеться зіткнутись терапевту та характерні складнощі в роботі з травмою.

Виклад основного матеріалу. Травма – це явище котре має в собі велику силу (збудження, енергію), яка призвана викликати психічний, соціальний та духовний розвиток.

Д. Калшед визначає травму як будь-яке переживання, яке викликає нестерпні душевні страждання. Суттєвою ознакою травми є переживання жаху перед загрозою розчинення «власного Я» [3]. Д. Калшед вводить поняття «друга лінія захисту» - захистів, спрямованих на збереження особистісного духу, блокування травматичних переживань та уникнення реальності. Ці механізми захисту мають архетипічну природу та виявляють себе частіше у сновидіннях та фантазіях, приймаючи форму демонічних образів, пов'язаних не з індивідуальною психікою людини, а з колективним несвідомим. Безумовно, ці механізми початково виконують функцію охорони але згодом, вони перетворюються на тюремщика. Його завдання боронитися змінам у відносинах людини зі світом, котрі ці архаїчні механізми інтерпретують як повторення травматичного досвіду. Це блокує розвиток відносин між клієнтом - травматиком та іншими людьми у тому числі і з терапевтом.

Людина, котра пережила хронічну травму має певні особливості: 1) їй не вистачає інтегративних засобів та психічних навичок для повного усвідомлення болючих спогадів та переживань; 2) іноді людина вимушена жити з тим, хто є джерелом її травми (тим хто її відторгав або хто був для неї насильником); 3) людина вимушена постійно долати болісні відчуття минулого та якимось пристосовуватись до сьогодення, зберігаючи фасад нормальності життя; 4) у зовнішній реальності завжди знаходиться дещо, що нагадує про минуле, тому досить часто людина, котра пережила травму, знаходиться на межі виснаження.

Клієнт – травматик не може переробити болючі аспекти свого досвіду, тому потрапляє у воронку травми не усвідомлюючи з чим вона пов'язана. У такої людини відсутні або недостатньо розвинені навички регуляції власного стану, бо дорослі не спромоглись розвинути ці навички у неї. Це суттєво обмежує рівень психічного функціонування людини, що є специфічною ознакою особистості, яка пережила хронічну травму. Людина не здатна досягти оптимального рівня відповідності між рівнем психічної енергії та психічної ефективності.

Аналітики виокремлюють специфічні наслідки травми: 1) домінування фантазій над реальністю; 2) наявність садомазохістичних тенденцій; 3) нездатність до інтеграції позитивного та негативного в уявленні про об'єкт; 6) втрата меж; 7) страх втрати об'єкту; 8) порушення у самооцінці та половій ідентичності

Види травм: 1) ембріональна травма – загроза життя плода, намір матері зробити аборт, загроза життю матері, загроза викидню; 2) пологова травма – виникає за умови складних пологів, коли застосовуються допоміжні засоби (стимулятори, механічний вплив). Дитина фіксується не лише на емоційному відчутті а й на фізичних відчуттях, які можливо опрацювати лише на тілесному рівні; 3) травми розвитку, коли у дитини виникає потреба, відповідна віку та пов'язана з індивідуальним процесом розвитку, а батьки або інші дорослі перешкоджають цьому (заборони, осуд, почуття провини, насилля); 4) травма відносин – це травми які дитина отримує у відносинах з однолітками, братами, сестрами, друзями. Ці травми призводять до недовіри та озлобленості; 5) емоційна травма – втрата близьких, зрада, приниження, розчарування; 6) фізична травми, які пов'язані із порушенням цілісності тіла; 7) шоківна травма – травма, пов'язана із загрозою життю людини (операція, насилля, природні катаклізми, загроза вбивства).

Загальна мета психотерапії травматичного досвіду – це повторне його переживання в умовах безпеки та підтримки з боку терапевта. Ця мета реалізується за рахунок вирішення наступних завдань – створення особливо безпечних терапевтичних умов у роботі з клієнтом – травматиком, поновлення процесу переживання травми, який був заблокований завмиранням та прийняття власної травми з формуванням інтегрованого образу власного «Я».

Зосередимось на окремих специфічних особливостях терапевтичного процесу, які ми виокремили на основі систематизації власного психотерапевтичного досвіду та аналізу відгуків клієнтів.

Специфіку роботи з клієнтами - травматиками в умовах психотерапевтичних відносин зумовлює складність налагодження робочого альянсу, без якого не можливе входження в травму та опору змінам з боку клієнта.

Складність налагодження альянсу обумовлена тим, що клієнти – травматики тотальна не довіряють іншим, вони дуже ретельно розробляють систему перевірок для них, які останні не мають шансів пройти апріорі. Тому терапевт неминуче наштотхнеться на стіну, яку не можливо буде розтопити або обійти. Слід враховувати, що несподіване проникнення крізь захист клієнта буде сприйматись ним як насилля, як порушення особистісних меж. Тому терапевту необхідно бути терплячим, пом'якшувати захисти клієнта поступово та розуміти, що найбільш ефективною стратегією є балансування між безмежною терплячістю та тонким відчуттям того, коли клієнт готов витримати розчинення психологічних меж.

В процесі проживання з клієнтом цього досвіду слід домовитись про те, що клієнт має право та повинен зупинити терапевта якщо йому дуже нестерпно. Це так зване правило «Стоп», котре повинно бути вироблено у клієнта на рефлексорному рівні. Саме воно допоможе уникнути ретравматизації та поверне клієнту відповідальність за власне життя, позбавить його внутрішньої позиції жертви. Вироблення цього навичку починається з повернення клієнтам чутливості до себе, яку вони втрачають в період травматизації. Така нечутливість до себе негативно впливає на хід терапії, тому терапевту слід на перших етапах узяти цю функцію на себе та стати надзвичайно чутливим і до клієнта і до себе.

Клієнтів слід підтримувати у поновленні здатності захищати себе та робити свідомий вибір між витриманням болю та уникненням болю, орієнтовно говорячи наступне: «Ти маєш право зупинити мене коли ти вважаєш це для себе занадто болісним! Лише тобі вирішувати терпіти ще або зупинити мене!».

Важливим аспектом у роботі психотерапевта є його власні переживання ідентичності агресора. Саме психотерапевт приймає на себе роль травмуючого іншого, що зумовлює спектр власних негативних відчуттів - від агресії, звинувачень клієнта та можливо несвідомого бажання його принизити. Психотерапевт повинен вміти контейнувати ці почуття, не виявляти їх поряд з клієнтом, без особливої на це потреби. Оскільки саме ці процеси у відносинах з клієнтом – травматиком мають одночасно травматичний та зцілювальний потенціал. Важливо відчувати, коли час показати їх клієнту та підібрати найбільш оптимальну для цього клієнта форму їх подачі. Клієнта слід ретельно підготувати до повторного переживання агресивних почуттів іншого у свій адрес, особливо коли цей інший – є безпечною та підтримуючою фігурою психотерапевта. Саме цей досвід надасть можливість клієнту інтегрувати амбівалентні почуття, які виникають у нього у відповідь на травмуючі спогади і не залишатись на одному з полюсів.

Цей етап у терапевтичних відносинах можливий лише за умови впевненості психотерапевта у власній здатності витримувати досить сильне відторгнення та знецінення з боку клієнта. Оскільки саме на цьому етапі навіть коли ви мали дуже довірливі, безпечні стосунки з клієнтом, навіть якщо він був здатний «пробачити» вам помилки та усвідомлювати необхідність такого процесу для покращення свого стану, у нього обов'язково виникне бажання завершити психотерапію (іноді уперше). Клієнта необхідно попереджувати про це та домовлятись що він неодмінно прийде на наступну зустріч, щоб мати можливість інтегрувати отриманий (навіть негативний) досвід. Але при цьому завжди залишати за ним право не робити це, попереджаючи про можливі наслідки.

У підготовці до проживання цього етапу у роботі з травмою слід побудувати фундамент клієнта та психотерапевта у вигляді опори на ресурси та третіх інших у психотерапевтичних відносинах (друзі, близькі). Клієнта слід попередити, що опрацьовуючи певний травматичний досвід йому необхідно спиратись на стосунки, які для нього є безпечними та підтримуючими. В арсеналі клієнта повинно бути не менше двох, трьох людей, які йому будуть доступні, які знатимуть, що він переживає і, по можливості, не відмовлять йому у підтримці, особливо на етапі негативного переносу у відносинах з терапевтом. Психотерапевт також повинен мати підтримку особливо професійну та особистісну яка забезпечить йому витримку та стійкість власної ідентичності, позбавить почуття провини або самозвинувачень.

І клієнту і психотерапевту необхідно підтримувати оптимальний рівень вітальної енергії під час проживання особливо напружених етапів психотерапевтичних відносин. І терапевт і клієнт повинні мати вільний доступ до власних ресурсів, якими можуть виступити – приємні спогади, відносини, природа, цікаві заняття та певні місця, де людина відчуває себе захищеною. Це є необхідною умовою роботи з травмою.

У роботі з травматичними переживаннями клієнта існує ризик регресу та потрапляння у воронку травми. Коли клієнт потрапляє у воронку травми, то він втрачає здатність до рефлексії, у нього починають активно виникати образи, які відображають колективне несвідоме, а не особистісний об'єктивний досвід. Ступень травматичності досвіду клієнта зумовлює рівень фрагментації Его клієнта, тому слід фруструвати клієнта у бажанні чіплятись за архетипічні образи та спиратись лише на особистісні смисли.

Це дуже складне переживання, клієнти відчувають себе частіше за все покинутими, відторгненими, самотніми, маленькими та беззахисними. Тому терапевту необхідно повертати клієнта у сьогодення, наголошувати на можливості бути поряд з кимось у цей час та самому бути доступним клієнту (не переносити зустрічі, не від'їзжати, дозволити клієнту дзвонити між зустрічами, або зменшити час між сесіями).

Ми торкнулись лише декількох найбільш вагомих специфічних особливостей психотерапевтичної роботи з клієнтами - травматиками, їх безумовно набагато більше і вони також потребують подальшого висвітлення.

Висновки. Психотерапія травми – це складний комплексний та поступовий процес, в якому не можливий поспіх. Лікувальний ефект мають не стратегії та техніки, а глибокі, теплі та безпечні стосунки між терапевтом та клієнтом. Травматичний досвід людина отримує поряд з іншими і лише у стосунках з іншою людиною вона може реконструювати, пережити власну травму. Побудова таких стосунків це досить довгий процес, в якому слід враховувати декілька специфічних ознак – це складність створення робочого альянсу, особливості захисних механізмів клієнтів - травматиків, які слід лише поступово пом'якшувати, необхідність утримання клієнта від несвідомого бажання злитись зі своєю травмою та постійний ризик потрапляння у воронку травми. Все це вимагає від психотерапевта стійкості, толерантності, здатності витримувати систематичне відторгнення та емоційне напруження і глибоке розуміння сутності психотерапії травми.

Перспективи подальших розробок. В дослідженні особливостей та змісту психотерапевтичної роботи з травмою досить перспективним напрямом може стати розробка комплексного психодіагностичного інтерв'ю, яке відобразить глибину травми, прояви травми на різних рівнях психічного та специфічні наслідки її для особистості (поведінкові патерни, типові емоційні реакції, особистісні смисли, способи переробки інформації та інше).

Література

1. *Бюджеталь Дж.* Искусство психотерапевта — СПб.: Питер, 2001. — 304 с.

2. Виллер Г. Гештальт-терапия постмодерна: за пределами индивидуализма. М., 2005. 489 с.
3. Калшед Д. Внутренний мир травмы. Архитипические защиты личностного духа. Москва, 2001. С. 368
4. Канифольский И. Б. Сновидения тела. Новый подход в телесно-ориентированной терапии. Психологическая газета. №6 (21) с.14, 1997.
5. Левин П. А. Пробуждение тигра—исцеление травмы. Природная способность трансформировать экстремальные переживания: [пер. с англ.] / Питер А. Левин, Энн Фредерик; науч. ред. Е.С. Мазур. — М: АСТ, 2007. — 316 с.
6. Лыткин В. М., Шамрей В. К., Койстрик К. Н. Посттравматические стрессовые расстройства. Учебное пособие. Изд-во ВМедА., Санкт-Петербург, 1999.
7. Моховиков А.Н. Психическая боль. Природа, диагностика и принципы гештальт-терапии / Гештальт-2004: сборник материалов Московского Гештальт Института. – М.: МГИ, 2004. 97с.
8. Погодин И.А. Гештальт-терапия в работе с психической травмой: диалогово-феноменологическая модель - Консультативная психология и психотерапия - 2009/4
9. Погодин И.А. Феноменология некоторых ранних эмоциональных проявлений / Вестник гештальт-терапии (специальный авторский выпуск: «Психотерапия в эпоху постмодерна»). Выпуск 5. Минск, 2007. С. 66-87.
10. Телесная психотерапия. Бодинамика: [пер. с англ.] / Ред.-ТЗ1 сост. В.Б. Березкина-Орлова. — М.: АСТ: АСТ МОСКВА, 2010. – 409 с.
11. Франкл В. Психотерапия на практике СПб.: Питер, 2002. — 100 с.

В статье представлен обобщенный опыт психотерапевтической работы автора с клиентами - травматиками, который проанализирован с учетом существующих теоретических подходов к практике психотерапии травмы. Проанализированы особенности терапевтических стратегий при работе с травмой в психоанализе, бихевиоризме, при когнитивном подходе, в рамках гештальт – терапии, логотерапии В. Франкла, экзистенциально-гуманистической психотерапии Дж. Бюдженталя, соматической терапии травмы П. Левина, бодинамическом анализе Л. Марчел и теории С. Грофа. Автор раскрывает содержание таких понятий как травма, виды травм, специфические особенности личности клиентов – травматиков. Детально рассматривает особенности построения терапевтических отношений при работе с клиентами – травматиками.

The article presents a generalized experience of psychotherapeutic work authors with clients - traumatic which analyzed taking into account the existing theoretical approaches to the practice of psychotherapy injury. The features of therapeutic strategies in dealing with trauma in psychoanalysis, behaviourism, when cognitive approach within Gestalt - therapy, speech therapy V. Frankl ekzestentsially - humanistic psychotherapy J. Bugental, somatic therapy injury P. Levin, L. Marcel Bodinamichesky analysis and theory S. Grof. The author reveals the meaning of such concepts as injury, types of injuries, the specific features of individual customers - traumatic. Details the specifics of building a therapeutic relationship when working with clients - traumatic.

Статью подано до друку 13.06.2014.