

An abstract painting featuring a green, textured shape that resembles a creature's head or a mask. It has a large, white, almond-shaped eye with a black pupil. The background is a mix of orange, red, and green splatters and brushstrokes. The overall style is expressive and somewhat chaotic.

А. И. Копытин

**МЕТОДЫ АРТ-ТЕРАПИИ
В ПРЕОДОЛЕНИИ
ПОСЛЕДСТВИЙ
ТРАВМАТИЧЕСКОГО
СТРЕССА**

Александр Копытин

**Методы арт-терапии в
преодолении последствий
травматического стресса**

«Когито-Центр»

2014

Копытин А. И.

Методы арт-терапии в преодолении последствий травматического стресса / А. И. Копытин — «Когито-Центр», 2014

ISBN 978-5-89353-420-7

Одной из важных сфер работы психотерапевтов и практических психологов является оказание помощи лицам, пережившим травматический стресс. В настоящем издании центральное место отводится описанию коррекционно-профилактической программы, разработанной в соответствии с авторской моделью системной арт-терапии, представлены современные методы арт-терапии посттравматических расстройств, разнообразные методики, рекомендуемые для использования на разных этапах реализации программы, а также результаты ее применения.

ISBN 978-5-89353-420-7

© Копытин А. И., 2014

© Когито-Центр, 2014

Содержание

Введение	6
Глава 1. Психическая травма, постстрессовые расстройства и их лечение	7
1.1. Общее представление о психической травме и постстрессовых расстройствах	7
1.2. Методы психотерапии, применяемые при травматическом стрессе и постстрессовых расстройствах	11
1.3. Арт-терапия как одна из форм психологической помощи: общая характеристика	14
Глава 2. Методы арт-терапевтической помощи при травматическом стрессе и постстрессовых расстройствах	16
2.1. Механизмы и факторы лечебно-реабилитационного воздействия арт-терапии при травматическом стрессе и постстрессовых расстройствах	16
Конец ознакомительного фрагмента.	18

А. И. Копытин

**Методы арт-терапии в преодолении
последствий травматического стресса**

Рецензенты:

С. М. Бабин, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психотерапии
СЗГМУ им. И. И. Мечникова

М. Е. Бурно, доктор медицинских наук, профессор кафедры психотерапии, медицинской
психологии, сексологии РМАПО

© Когито-Центр, 2014

Введение

Существующие на сегодняшний день факторы травматического стресса разнообразны. Организованное и домашнее насилие, вооруженные конфликты и террористические атаки, техногенные катастрофы и многое другое являются причиной возникновения тяжелых психических реакций и нарушений адаптации. Зачастую они имеют выраженный и весьма устойчивый характер, с трудом поддаются лечению и психологической коррекции.

Несмотря на многочисленные эмпирические свидетельства эффективности арт-терапии в качестве одной из форм психологической помощи при травматическом стрессе и его последствиях, ее методы недостаточно известны широкому кругу специалистов помогающих профессий. Существуют лишь единичные публикации на русском языке, касающиеся использования арт-терапии при травматическом стрессе и постстрессовых расстройствах. В программах высшего и дополнительного образования особенности арт-терапевтической помощи при таких состояниях в настоящее время не представлены. В профессиональной среде имеется повышенный спрос на специальные программы и методические разработки, способствующие успешному освоению методов арт-терапии, используемых для преодоления последствий травматического стресса.

Настоящая публикация дает представление специалистам помогающих профессий (психологов, врачей-психотерапевтов) о богатых возможностях арт-терапии как эффективного средства работы с последствиями травматического стресса, об основах теории и методологии, а также о соответствующих программах и приемах, которые могут быть при этом использованы.

Центральным звеном настоящего издания является изложение авторской модели системной арт-терапии, используемой в качестве основы при разработке и проведении лечебно-реабилитационных программ с разными категориями клиентов, в том числе пострадавших от психической травмы. Подробно представлены конкретные процедуры и методики, большинство из них имеет инновационный характер. Эти методы могут быть использованы на разных этапах процесса психологического консультирования, психотерапии и арт-терапии, а также в рамках проектов психосоциальной поддержки различных групп населения.

Книга дополнена материалами исследования терапевтической эффективности системной арт-терапии при постстрессовых расстройствах, позволяющими понять природу и механизмы лечебно-реабилитационного воздействия данного подхода, его влияние на клинические личностные характеристики, а также качество жизни участников занятий. На примере работы с ветеранами боевого стресса представлены защитно-адаптационные функции юмора как одного из факторов сопротивления травматическому стрессу и преодоления его последствий.

Глава 1. Психическая травма, постстрессовые расстройства и их лечение

1.1. Общее представление о психической травме и постстрессовых расстройствах

Понятие «психическая травма» (его аналогом может выступать понятие «травматический стресс») обозначает дестабилизирующее воздействие на личность различных стрессоров, как правило, имеющих более выраженный, экстраординарный характер по сравнению с повседневными трудностями. Психическая травма может являться следствием однократного или повторяющегося психотравмирующего события, делающего невозможным удовлетворение значимых потребности личности, угрожающего ее жизни и безопасности или приводящего к нарушению сложившейся системы отношений. Таким событием может являться природная или техногенная катастрофа, военные действия, сексуальное, физическое и моральное насилие, смерть близкого человека, развод, болезнь, банкротство и многое другое.

Вследствие переживания психической травмы может происходить декомпенсация или «сбой» механизмов саморегуляции, что приводит к нарушению внутреннего психологического (психофизиологического) гомеостаза. Такая декомпенсация может иметь разную длительность и степень выраженности. Соответственно степени выраженности нарушений психологического (психофизиологического) гомеостаза могут проявляться последствия психической травмы – немедленные, временные и отдаленные нарушения жизнедеятельности, психологического, физического и социального функционирования личности.

Степень патогенного, дестабилизирующего воздействия психической травмы на личность может быть различной в зависимости от целого ряда факторов. Имеют значение не только объективные характеристики психотравмирующей ситуации, например, степень ее опасности для жизни человека или ущерба для его физического и материального благополучия, но и особенности ее субъективного восприятия, связанные с личностью, присущие ей способы переработки информации, эмоционального реагирования и поведенческие стратегии, а также социальное окружение человека.

Степень тяжести эффектов психической травмы определяется особенностями развития механизмов психологической защиты и поведенческих навыков, связанных с активным преодолением личностью психотравмирующей ситуации (копинг-стратегий), а также наличием или отсутствием факторов внешней поддержки, каковыми могут быть другие люди, специалисты, различные организации. Одинаковые по характеру события могут в одном случае приводить к тяжелой психической травматизации и психосоциальной дезадаптации; в другом – являться одним из стрессоров, весьма неприятным, но не приводящим к серьезным нарушениям жизнедеятельности.

Психическая травма (тяжелый, травматический стресс) выступает основным фактором развития различных постстрессовых (посттравматических) расстройств. Обращение к современным таксономиям психических расстройств позволяет выделить основные клинические формы, связанные с проявлениями травматического стресса и постстрессовых состояний с более или менее выраженными психопатологическими проявлениями. Согласно признакам, обозначенным в Международной классификации психических болезней десятого пересмотра (МКБ-10), такие состояния относятся к общей группе непсихотических психических расстройств – так называемым невротическим, связанным со стрессом и соматоформным расстройствам (F4), такой ее подгруппе, как «реакции на тяжелый стресс и нарушения адапта-

ции» (F43). Характерной чертой этой подгруппы расстройств является их экзогенная природа, причинная связь с внешним стрессором, без воздействия которого психические нарушения не появились бы.

К этим расстройствам относятся:

- острая реакция на стресс (F43.0),
- генерализованное тревожное расстройство (F41.1),
- расстройства адаптации (F43.2),
- диссоциативный ступор (F44.2),
- посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1).

В свою очередь, некоторые из этих расстройств включают несколько разновидностей. Так, расстройства адаптации, связанные с полученной психической травмой, разделяются на кратковременную депрессивную реакцию (F43.20), пролонгированную депрессивную реакцию (F43.21), смешанную тревожную и депрессивную реакцию (F43.22) и другие нарушения (Попов, Вид, 1997).

Среди расстройств данной группы наиболее выраженными клиническими проявлениями характеризуется посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Оно развивается вслед за травмирующими событиями, выходящими за рамки нормального человеческого опыта. Две особенности характеризуют ПТСР: его отчетливая психогенная природа, а также тяжесть психогении, исключительная мощь ее патогенного воздействия.

Причинами ПТСР являются следующие группы факторов:

- природные – климатические и сейсмические,
- связанные с деятельностью человека – несчастные случаи на транспорте и в промышленности, взрывы и пожары, биологические, химические и ядерные катастрофы,
- целенаправленные разрушительные, агрессивные действия отдельных лиц или групп людей – террористические акты, мятежи, войны, социальные катаклизмы,
- экстремальные воздействия на отдельную личность (насилие в разной форме).

Клиническая картина ПТСР характеризуется более глубокими и полиморфными психопатологическими проявлениями и требует использования активных терапевтических вмешательств.

Диагностика, дифференциальная диагностика, а также лечение вышеназванных расстройств проводятся специалистами с соответствующей клинической подготовкой (врачами-психиатрами, психотерапевтами). Лица с психологическим образованием могут, тем не менее, идентифицировать ключевые признаки таких расстройств и в зависимости от тяжести клинических проявлений в некоторых случаях осуществлять самостоятельное сопровождение клиентов либо оказывать психологическую помощь, поддерживая контакт с врачом-психиатром (психотерапевтом). Многое зависит от условий, в которых проводится работа (стационарное или амбулаторное отделение, специализированный центр, кризисная служба, частная консультация и т. д.).

Психическая травма может приводить как к относительно кратковременным, так и сохраняющимся на протяжении более длительного времени нарушениям физического, психического и социального функционирования человека. Она может отражаться на его эмоциональном состоянии и познавательной деятельности, поведении, физическом самочувствии, отношениях с окружающими и восприятии самого себя, а также субъективной удовлетворенности человека своей жизнью в различных сферах (качество жизни).

Эффекты перенесенной психической травмы на эмоциональном уровне могут, в частности, проявляться в переживании тревоги и страха, страдания и тоски, беспомощности и стыда, гнева и ярости либо «эмоциональном онемении» – утрате способности что-либо чувствовать. Нарушения познавательной деятельности связаны с неспособностью сконцентрироваться, хаотичных, беспорядочных мыслях, «наплывах» неприятных воспоминаний, нарушениях памяти, снижении продуктивности мыслительных процессов, потере смысла жизни и деятельности. Симптомы физических нарушений могут включать нарушения сна, аппетита и половой функции, боль и иные неприятные ощущения в теле, нарушения функций различных органов и систем организма. К поведенческим нарушениям, являющимся следствием психической травмы, можно отнести пассивность и ограничение социальных контактов, злоупотребление психоактивными веществами, агрессивные поступки и т. д.

Все эти проявления психической травмы могут меняться с течением времени. Хотя в большинстве случаев происходит постепенное ослабление симптомов эмоциональных, познавательных, поведенческих и физических нарушений, некоторые из них могут оказаться весьма устойчивыми и даже усугубляться, являться причиной осложнений и неприятных ситуаций в жизни человека.

Весьма важным для понимания клинических и личностных проявлений является учет защитно-адаптационных реакций, вызванных психической травмой (Никольская, 2012). Несмотря на отличия, характеризующие разные реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации, можно обозначить некоторые наиболее общие этапы, связанные с воздействием стрессора и реализацией адаптационных механизмов, выступающих основным условием постепенного преодоления последствий травматического стресса с частичным или полным выздоровлением, либо сохранением тех или иных патологических изменений.

Прежде всего, травматический стресс начинается со специфической оценки ситуации и собственных ресурсов по ее преодолению. В результате возникают связанные с такой оценкой эмоциональные и соматовегетативные реакции (в том числе, нарушения гомеостаза) совладающие действия (копинги). Далеко не всегда они достаточны для преодоления сложной или экстремальной ситуации, что приводит к новой оценке ситуации и попытке использовать иные стратегии совладания (Незнанов, Карвасарский, 2008, с. 42).

При затяжном или массивированном характере стрессора могут быть исчерпаны ресурсы организма и психики, проявляются признаки дистресса и патологических изменений. Также может происходить переход личности к дисфункциональным вариантам адаптации, например, к стойким аффективным нарушениям (депрессии), агрессивному поведению, психогенному ступору или к нарастанию психологической диссоциации.

В последующем даже при исчезновении внешнего стрессора в некоторых случаях запущенные механизмы патологических изменений и дисфункциональные варианты адаптации могут сохраняться на протяжении более или менее длительного времени. В то же время в зависимости от индивидуальных особенностей человека и социальных условий, в которые он попадает после выхода из психотравмирующей ситуации, симптомы дистресса могут постепенно нивелироваться и происходит возвращение к более или менее полноценному социальному функционированию. После воздействия более тяжелых стрессоров (макрострессоров), как правило, требуется более продолжительное время на адаптацию.

В некоторых случаях перенесенная травма может активизировать внутренние механизмы и поведенческие реакции, направленные на нейтрализацию и преодоление травматического опыта. Это может служить стимулом для появления и развития новых ценных личностных качеств, приводить к активизации физических, психологических и духовных ресурсов, позитивным изменениям в системе отношений (личностному росту).



Рис. 1. Динамика психосоциальных и физических проявлений, вызванных психической травмой

Таким образом, психическая травма может быть связана с разной динамикой психологических, физических и социальных проявлений на уровне отдельно взятой личности и сообществ и в зависимости от внешних и внутренних факторов сопровождаться как разрушительными, дестабилизирующими, так и конструктивными эффектами. Динамика таких проявлений представлена на рисунке 1.

1.2. Методы психотерапии, применяемые при травматическом стрессе и постстрессовых расстройствах

В зависимости от степени выраженности и устойчивости клинических проявлений, связанных с травматическим стрессом и посттравматическими состояниями, на сегодняшний день применяется психофармакотерапия, а также разные виды психотерапии и психосоциальных воздействий. Кризисное психологическое (психотерапевтическое) вмешательство, начинающееся вскоре после травмы, позволяет предотвратить хронизацию реакции и ее отсроченные проявления. Нередко применяется сочетание ситуативной защиты, эмоциональной поддержки и методов когнитивно-поведенческой, суггестивной терапии, групповой терапии, экспрессивной и креативной терапии (Фoa, Кин, Фридиан, 2005; Cohen, Barnes, Rankin, 1995; Van der Kolk, 1987, 1996).

Один из специализированных методов психотерапии психической травмы – *повествователь-экспозиционная психотерапия (narrative exposive therapy)*, основанная на повествовательной активности пациента, который в процессе психотерапии постепенно актуализирует различные компоненты травматического опыта, описывая и включая их в общий план биографических событий.

Поскольку вследствие психической травмы, как правило, возникают нарушения биографической, произвольной памяти, влекущие за собой нарушения самовосприятия (идентичности) и привычной картины мира, особое значение придается созданию клиентами связного повествования. Повествовательная активность рассматривается как важное условие осмысления травматического опыта. Применяя данный метод, специалист помогает клиенту понять, что случилось, почему это произошло и что это означает для самого человека.

Немаловажное значение при этом имеет планомерное воссоздание сенсорных и эмоциональных компонентов травматического опыта, тесно связанных с последовательностью внешних событий. В атмосфере надежных терапевтических отношений происходит постепенное преодоление неконтролируемых переживаний тревоги и страха, привыкание клиента к ситуации, описываемой им как имевшей место там-и-тогда и ее последующее «встраивание» в целостную картину реальности (Van der Kolk, 1996).

Когнитивно-конструктивный метод в лечении психической травмы (R. Niemeyer) имеет определенное сходство с повествователь-экспозиционным методом. Он предполагает постепенное осмысление травматического события посредством его контекстуализации и соединения разрозненных переживаний в единую картину, а также внесения в пережитое событие конструктивных личностных содержаний.

В процессе работы с пациентами с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) Э. Фoa, Т. Кин, М. Фридиан (2005) использовали различные психотерапевтические методы. Методы, основанные на погружении, вызвали переработку травматического опыта и симптомов избегания; методы, основанные на релаксации и отвлечении, были направлены на преодоление перевозбуждения. Методы группового взаимодействия способствовали улучшению межличностного взаимодействия, коммуникативных навыков и преодолению состояний агорафобии. Методы, основанные на стимуляции творчества, были направлены на повышение самооценки. Э. Фoa, Т. Кин, Ф. Фридиан подчеркивают, что такое сочетание психотерапевтических методов, в том числе методов, основанных на занятиях творчеством, позволяют воздействовать на широкий спектр различных симптомов ПТСР. Происходит снижение выраженности алекситимии, тревожности и ночных кошмаров, повышение эмоционального контроля, улучшение межличностного взаимодействия и представлений о собственном теле. При этом специалисты подчеркивают особую роль невербальной психотерапии, использования ключевых кинестетических раздражителей с целью получения доступа к воспоминаниям, а также

позитивную роль занятий творчеством для преодоления чувства безнадежности и повышения самооценки.

К особенностям кризисного психологического (психотерапевтического) вмешательства в условиях травматического стресса, когда имеется повышенный риск развития аффективных реакций и суицидальных тенденций, можно отнести следующие:

- ургентный характер помощи, то есть требуется неотложное активное вмешательство в ситуацию,
- удовлетворение потребности клиента в эмпатической поддержке, руководстве его поведением,
- нацеленность на выявление и коррекцию неадаптивных когнитивных феноменов, приводящих к развитию суицидальных переживаний,
- поиск и использование новых способов разрешения психотравмирующей ситуации и актуального межличностного конфликта либо выведение клиента за пределы этой ситуации (Незнанов, Карвасарский, 2008).

При проведении психотерапии следует учитывать особенности динамики расстройств и осуществлять воздействие в три последовательных этапа:

- 1) этап психологической и физической стабилизации,
- 2) этап проработки травматического опыта на основе обсуждения или использования невербальных средств выражения опыта,
- 3) этап преодоления последствий психической травмы и личностной реконструкции, который также может включать перестройку отношений, ревизию травматического опыта, привычных схем реагирования и самооценки.

На первом этапе должен преобладать щадящий, поддерживающий подход с повышенным вниманием к созданию контейнирующей (удерживающей) среды и атмосферы безопасности. На втором этапе по мере стабилизации состояния и установления доверительных отношений со специалистом можно начинать проработку травматического события с переоценкой опыта, изменением самооценки клиента и его восприятия мира. Для более успешной коррекции сохраняющейся сопутствующей симптоматики могут использоваться методы научения, связанные с освоением релаксации и визуализации, а также дозированное погружение в стимульный материал, управление эмоциональными, мыслительными, поведенческими и физическими реакциями. Следует избегать затягивания курса психотерапии и психосоциальных вмешательств во избежание формирования эффекта вторичной выгоды болезни.

Начинающаяся на втором этапе психотерапии попытка выражения и переоценки травматического опыта посредством рассказа, описания или изобразительной деятельности может быть психологически небезопасна, сопровождаться повторным переживанием негативных состояний и обострением симптомов посттравматического стресса, в частности, переживанием тревоги и отчаяния. Выражение и осмысление такого опыта должны начинаться лишь по мере стабилизации эмоционального и физического состояния в присутствии специалиста, способного выбрать оптимальный уровень допустимой для человека психологической нагрузки.

Важным условием успешного преодоления негативных последствий психической травмы и предупреждения осложнений является контейнирование (удерживание) травматического опыта в безопасных границах и поддержание оптимального уровня психологической нагрузки. К сожалению, перенесшие психическую травму люди в силу возникающих нарушений поведения, эмоций и мышления нередко создают для себя новые небезопасные ситуации, приводящие к повторной травматизации. Им важно научиться контролировать свои реакции, развить

навыки управления симптомами травматического стресса. Это будет важным условием безопасности, в особенности на начальном этапе процесса преодоления последствий психической травмы. Данная задача может решаться на основе освоения и использования приемов саморегуляции. К некоторым более часто используемым приемам такого рода относятся аутогенная тренировка по Джекобсону, ускоренная прогрессирующая релаксация, самогипноз, гипноз, аутогенная тренировка по Мюллеру-Хаггеману (Соколов, Паршин, 2013). Е. Ю. Соколов и А. Н. Паршин отмечают важную роль развития эмоционально-волевой саморегуляции у военнослужащих в качестве не только лечебного, но профилактического фактора, обеспечивающего устойчивость к боевому стрессу.

Поддержание оптимального уровня психологической нагрузки на разных этапах преодоления психической травмы связано с темпом проработки травматического опыта, который может регулироваться специалистом и согласовываться с клиентом. Во избежание осложнений и повторной травматизации целесообразно дозирование психологической нагрузки, связанное с постепенной «разблокировкой» и проработкой травматического материала. Важная роль в контейнировании и управлении травматическим материалом, а также в регулировании нагрузки принадлежит изобразительным средствам, использованию метафорического, символического «языка» художественной экспрессии. Они не только позволяют выражать травматический материал, но и обеспечивают безопасную дистанцию от него и возможность контроля на разных этапах работы с психической травмой. Тем самым создаются условия для безопасной работы и трансформации травматического материала на основе занятий арт-терапией.

Важным условием успешного преодоления последствий психической травмы является мобилизация здоровых и эффективных способов переработки и интеграции пережитого опыта, восстановление и поддержка положительной самооценки и веры в свои силы, нахождение жизненных смыслов. Все это может происходить успешно благодаря наличию у человека определенной системы внешней поддержки, которая включает не только профессиональную помощь, но и разные иные факторы, находящиеся в среде его обитания.

Повышенную роль также может играть творческая активность, выступающая в качестве одного из универсальных и эффективных способов преодоления травматического опыта, поддержки и укрепления личности. Следует также подчеркнуть важную стабилизирующую роль включения человека в разные группы и сообщества, в том числе психотерапевтические группы и группы психологической взаимопомощи, а также посильное участие в оказании помощи другим людям по мере преодоления острых реакций на стресс.

1.3. Арт-терапия как одна из форм психологической помощи: общая характеристика

Согласно международному определению (European Consortium for Arts Therapies Education), терапия искусством (*arts therapies*) представляет собой группу лечебных и коррекционных методов, применяемых специалистами с соответствующей клинической подготовкой, как правило, на основе одной из экспрессивных модальностей – визуальных искусств, музыки, искусства театра и танца. Применением визуальных искусств с целью лечения (психокоррекции) занимаются арт-терапевты, музыки – музыкальные терапевты, театральных форм – драматерапевты, а танца – танцевально-двигательные терапевты.

В ряде стран (например, в США, Великобритании) разные формы терапии искусством рассматриваются как парамедицинские специальности, требующие профессиональной подготовки. Чтобы стать арт-терапевтом и получить право работать по этой специальности в медицинских или образовательных учреждениях или заниматься частной практикой, необходимо пройти дополнительное обучение, рассчитанное не менее чем на два или три года последипломной или магистерской подготовки.

Правовой и профессиональный контекст использования методов терапии искусством в Российской Федерации пока не урегулирован. Терапия искусством включена в перечень психотерапевтических методов, официально разрешенных к применению с целью лечения врачами-психотерапевтами. В то же время возможно психокоррекционное использование данных методов в процессе консультирования практическими психологами. Для того чтобы со знанием дела применять арт-терапию, гарантировать клиентам качественные услуги, и психотерапевт, и психолог должны, как и за рубежом, пройти специальный курс подготовки. Такие курсы в Российской Федерации уже существуют в течение нескольких лет¹. Однако они различаются как по продолжительности, так и по качеству получаемого образования.

Согласно Резолюции Российской арт-терапевтической ассоциации, принятой 16 мая 2009 г., арт-терапия характеризуется как «система психологических и психофизических лечебно-коррекционных воздействий, основанных на занятиях клиента изобразительной деятельностью, построении и развитии психотерапевтических отношений. Она может применяться с целью лечения и предупреждения различных состояний болезни, коррекции нарушенного поведения и психосоциальной дезадаптации, реабилитации лиц с психическими и физическими заболеваниями и психосоциальными ограничениями, достижения более высокого качества жизни и развития человеческого потенциала» (Резолюция Российской арт-терапевтической ассоциации, 2009, с. 9).

Для ряда западных стран (прежде всего, США и Великобритании) характерен значительный вклад художников в создание первых форм арт-терапии начиная с середины XX века. Развиваемые ими подходы к лечебному применению изобразительного искусства нередко были основаны на идеях инновационной художественной педагогики, креативистских концепциях художественно-творческой деятельности (рассматривающих изобразительную деятельность как акт свободного творческого самовыражения), а также концепциях воспитательно-образовательного воздействия на личность посредством искусства.

Такой подход в арт-терапии в англоязычных странах иногда обозначается такими терминами, как *art as therapy* (изобразительное искусство как терапия), либо *therapeutic art* (лечебное изобразительное искусство). Акцент делается на терапевтическом воздействии самого процесса творческой, изобразительной деятельности, активизации участников арт-терапевти-

¹ Они представлены, например, на сайте Российской арт-терапевтической ассоциации www.rusata.ru, в разделе «Арт-терапевтическое образование».

ческого процесса, развитию у них комплекса экспрессивных навыков. Для такого подхода не характерно углубление в клинические аспекты и рассмотрение сложной внутри- и межличностной динамики, связанной с арт-терапевтическим процессом.

Вклад психотерапевтов-психоаналитиков в развитие арт-терапии также весьма значителен. Некоторые специалисты включали в процесс психотерапевтического взаимодействия с пациентами изобразительные средства (К. Г. Юнг, М. Наумбург, М. Миллнер). Такой подход к лечению в настоящее время нередко обозначают специальным термином *арт-психотерапия* (*art psychotherapy*).

Независимо от особенностей подхода и конкретной формы организации арт-терапевтических занятий при их проведении обычно обязательными являются такие условия, как:

- психологическая безопасность участников процесса,
- отказ от оценивания процесса и результатов творческой деятельности,
- приватность и конфиденциальность,
- партнерство в отношениях клиента и специалиста,
- неограниченная свобода выбора клиентом изобразительных материалов и способов работы с ними, тем и сюжетов для творчества, допустимость отступления от традиционных изобразительных форм,
- делегирование клиенту ответственности за процесс и результаты деятельности (что, в частности, связано с использованием так называемого недирективного подхода).

Основные организационные формы арт-терапии:

- индивидуальное арт-терапевтическое консультирование, то есть такой вариант психологического консультирования, при котором на протяжении всего процесса или на его определенных этапах активно применяются средства визуальной, проективно-символической коммуникации консультируемого и специалиста, то есть рисунок, лепка, создание композиций из песка, работа с разными проективными материалами (фотографиями, стимульными рисунками и т. д.),
- групповая арт-терапия (групповой арт-терапевтический тренинг) в форме интерактивной закрытой или полукрытой тематической группы либо открытой студии,
- семейная арт-терапия; в отличие от обычного семейного консультирования и семейной психотерапии данная форма работы с семьей характеризуется активным применением изобразительных средств, которые служат основой для диагностики и коррекции семейных отношений.

При работе с психической травмой и ее последствиями могут использоваться все виды терапии искусством как по отдельности, так и в сочетании друг с другом. Такие интегрированные (в плане экспрессивных модальностей) виды терапии, как правило, именуются полимодальной (интермодальной) терапией творчеством или терапией выразительными искусствами (*expressive arts therapies*). Визуально-пластические средства могут быть, например, дополнены ролевой игрой, движением или музыкой.

Все эти формы арт-терапии могут быть использованы при работе с посттравматическими расстройствами. Ниже будут рассмотрены некоторые особенности и лечебные факторы арт-терапии, определяющие возможность и необходимость ее применения с пережившими психическую травму.

Глава 2. Методы арт-терапевтической помощи при травматическом стрессе и постстрессовых расстройствах

2.1. Механизмы и факторы лечебно-реабилитационного воздействия арт-терапии при травматическом стрессе и постстрессовых расстройствах

Применение арт-терапии в работе с людьми, пережившими психическую травму, осуществляется с первых десятилетий развития данного направления. Так, например, арт-терапию начали применять еще в годы Второй мировой войны и в послевоенный период с военнослужащими, проводящими восстановительное лечение и реабилитацию в таких странах, как США и Великобритания. Уже тогда было замечено, что занятия участников боевых действий изобразительным творчеством на базе художественных мастерских (арт-ателье) благотворно сказывается на их физическом и эмоциональном состоянии.

В последние десятилетия арт-терапию применяют все более активно с разными группами клиентов с реакциями на тяжелый стресс и нарушениями адаптации вследствие пережитой психической травмы – жертвами сексуального и физического насилия, террористических атак и стихийных бедствий, беженцами и др. Важное значение при этом придается невербальному характеру арт-терапии, богатым возможностям выражения и интеграции опыта на основе использования невербальной экспрессии, работы с образами и экстернализации переживаний. Изобразительная деятельность и творческая активность в иных ее проявлениях выступают в качестве универсальных механизмов восстановления психологического гомеостаза и адаптации человека к изменяющимся условиям окружающей среды в разные периоды жизни.

Лечебно-реабилитационный потенциал арт-терапии при переживании травматического стресса и его последствий в значительной мере связан с возможностью невербальной экспрессии, богатыми коммуникативными и защитными возможностями метафорического языка образов, изобразительных материалов и видов изобразительной работы. Изобразительная деятельность сама по себе может являться мощным терапевтическим фактором. Она допускает разные способы обращения с художественными материалами. Одни из них позволяют достигать седативных эффектов и снимать эмоциональное напряжение. Другие – отреагировать травматичный опыт и достичь над ним контроля.

Перенос травматического опыта на изобразительные материалы и образы также делает арт-терапевтический процесс психологически безопасным для клиента и терапевта и предоставляет дополнительные возможности для рефлексии и когнитивной проработки переживаний с опорой на метафоры и средства символической коммуникации.

Ведущими психологическими механизмами, обеспечивающими снятие напряжения, отражение и переработку травматического опыта, а также перестройку системы восприятия реальности в ходе занятий изобразительной деятельностью выступают *децентрирование, экстернализация и символизация*.

Децентрирование предполагает переключение внимания, уход от поглощенности травматическими переживаниями и воспоминаниями: «Децентрирование обеспечивает преодоление ограничений, связанных с внешней ситуацией и способом ее восприятия личностью... Путем децентрирования мы можем выйти за пределы привычных схем мышления и поведения, связанных с восприятием „тупиковости“ ситуации» (Knill et al., 2005, p. 83–84).

«Децентрирование связано с переходом к более открытой позиции, допускающей неоднозначное, неожиданное, удивительное на основе активизации творческих механизмов и „логики“ воображения. За децентрированием следует центрирование, направляемое фасилитатором для того, чтобы уравновесить восприятие. Весьма полезно начать с творческой, художественной фазы, связанной с децентрированием, прежде чем возвращаться к позиции центрирования для рассмотрения различных перспектив развития ситуации... Однако это будет возможно лишь после того, как произойдет децентрирование. В противном случае субъект будет по-прежнему „зациклен“ на попытках достичь немедленного выхода из непереносимой ситуации, не имея на это достаточного внутреннего диапазона решений» (Knill, 2011, p. 55–56).

В арт-терапевтической литературе также упоминается об «интермодальном децентрировании» и расширении «регистра игры» («*intermodal decentering and range of play*») (Knill et al., 2005, p. 88–91), когда речь идет о таких формах арт-терапии, которые связаны с применением комплекса выразительных модальностей, с «использованием воображения, повествовательной активности, танца, музыки, драматической экспрессии, поэзии, движения, визуальных искусств в их взаимодействии друг с другом» (Kalmanowitz, Lloyd, 2005, p.161).

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

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

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