АКАДЕМИЯ ИСКУССТВ ИГОРЯ БУРГАНОВА

16+

МЕТОДЫ АРТ-ТЕРАПИИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ СТРЕССЕ

КОПЫТИН А.И

Александр Копытин

Методы арт-терапии при травматическом стрессе

«Автор»

2022

Копытин А. И.

Методы арт-терапии при травматическом стрессе /
А. И. Копытин — «Автор», 2022

Одной из важных сфер работы психотерапевта, практического психолога является оказание помощи лицам, переживающим травматический стресс, посттравматические расстройства, вызванные в том числе военными действиями и агрессиями. Настоящие методические рекомендации содержат изложение основ теории и методологии, а также разнообразных методик арт-терапии, которые могут быть использованы для преодоления последствий травматического стресса. Центральное место в издании отводится описанию коррекционно-профилактической программы, разработанной в соответствии с авторской моделью клинической системной арт-терапии (КСАТ). Издание предназначено для слушателей программ повышения квалификации и профессиональной переподготовки по арт-терапии, а также практических психологов и врачей-психотерапевтов. Может использоваться в медицинских учреждениях, госпиталях.

© Копытин А. И., 2022
© Автор, 2022

Содержание

Академия искусств Игоря Бурганова 5
Рекомендовано к публикации 6
Введение 7
Конец ознакомительного фрагмента. 21

Александр Копытин
Методы арт-терапии при травматическом стрессе

Академия искусств Игоря Бурганова

Методическое пособие
С ПРИЛОЖЕНИЕМ 20 ПРАКТИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ
Москва 2022

Рекомендовано к публикации

Учебно – методическим советом АНО ДПО «Академии искусств Игоря Бурганова»

Рецензенты:

М.Е. Бурно, доктор медицинских наук, профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии Российской медицинской академии последипломного образования;

С.М. Бабин, доктор медицинских наук, профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова

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 остаются плохо известными широкому кругу специалистов помогающих профессий. Существуют лишь единичные публикации на русском языке, отражающие использование 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.

Целью подготовки настоящего методического руководства является овладение слушателями программ повышения квалификации и профессиональной переподготовки по психологии, а также специалистами помогающих профессий (психологов, врачей-психотерапевтов) основами теории и методологии, а также базовыми навыками арт-терапевтической работы с состояниями травматического стресса и его последствиями

Представленные методы и приемы арт-терапевтической помощи основаны на изобразительной деятельности и имеют инновационный характер. В зависимости от подготовки специалиста и сферы его практической работы 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.

ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМА, ПОСТСТРЕССОВЫЕ РАССТРОЙСТВА И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

1.1.

Общее представление о психической

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, присущими ей способами переработки информации, эмоционального реагирования и поведенческими стратегиями, 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 выступать другие люди, специалисты, различные организации. В зависимости от всего этого одинаковое по характеру событие может в одном случае приводить к тяжелой психической травматизации и психосоциальной дезадаптации; в другом случае – 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 адаптации» (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 различных расстройств данной группы более 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:

• целенаправленные разрушительные, агрессивные действия отдельных лиц или групп людей – террористические акты, мятежи, войны, социальные катаклизмы;

• природные – климатические и сейсмические;

• связанные с деятельностью человека – несчастные случаи на транспорте и в промышленности, взрывы и пожары, биологические, химические и ядерные катастрофы;

• 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 к 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, являющимися 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 новых 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 будут достаточными для преодоления сложной или экстремальной ситуации, что заставит личность производить новую оценку ситуации и пытаться использовать иные стратегии совладания [Незнанов, Карвасарский, 2008, с. 42].

При затяжном или массированном характере стрессора может произойти исчерпание ресурсов организма и психики и могут проявляться признаки дистресса и патологических изменений. Также может происходить переход личности к дисфункциональным вариантам адаптации, проявляющимся, например, в стойких аффективных нарушениях (депрессии), агрессивном поведении, психогенном ступоре или нарастании 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. Однако в зависимости от индивидуальных особенностей человека и социальных условий, в которые он попадает после выхода из психотравмирующей ситуации, симптомы дистресса могут постепенно нивелироваться, и будет происходить 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). 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.

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 [Фоа, Кин, Фридман, 2005; Cohen, Barnes, Rankin, 1995; Van der Kolk, 1987; 1996].

Один из специализированных методов психотерапии психической травмы – ***повествовательно-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 этот метод, специалист помогает клиенту понять, что случилось, почему это произошло и что это означает для самого человека.

Немаловажное значение 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, опи-

сываемой 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 повествовательно-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. Фоа, Т. Кин, М. Фридман (2005) использовали различные психотерапевтические методы. Методы, основанные на погружении, были направлены на 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. Фоа, Т. Кин, Ф. Фридман (2005) подчеркивают, что подобное сочетание психотерапевтических методов, включая методы, основанные на занятиях творчеством, позволяют воздействовать на широкий спектр различных симптомов ПТСР. Происходит снижение выраженности алекситимии, тревожности и ночных кошмаров, повышение эмоционального контроля, улучшения 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, т. е. 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].

Психотерапия должна учитывать особенности динамики расстройства и реализоваться в виде трех последовательных этапов:

1) психологическая и физическая стабилизация;

2) проработка травматического опыта на основе обсуждения или использования невербальных средств выражения опыта;

3) преодоление последствий психической травмы и личностной реконструкции (этот этап 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 может начинаться проработка 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 сти-

мульный 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. Поэтому выражение и осмысление такого опыта должно 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. Поэтому для них очень важно учиться контролировать свои реакции, развивать 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 (2013) отмечают важную роль развития эмоционально-волевой саморегуляции у военнослужащих в качестве не только лечебного, но и 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.

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 более успешно происходить благодаря наличию у человека определенной системы внешней поддержки, которая включает не только профессиональную помощь, но и разные иные факторы, находящиеся в среде его обитания.

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

1.3.

Арт-терапия как одна из форм психологической помощи

Согласно международному определению (European Consortium for Arts Therapies Education), терапия искусством (по-английски – 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 (США, Великобритания и др.) разные формы терапии искусством рассматриваются как парамедицинские специальности, требующие специальной подготовки. Для того 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 этих 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 лет (они представлены, например, на сайте Российской арт-терапевтической ассоциации www.rusata.ru, в разделе «Арт-терапевтическое образование»). 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».

Для ряда западных стран, прежде всего США и Великобритании, характерен значительный вклад художников в создание первых форм арт-терапии начиная с середины XX в. Развиваемые ими подходы к лечебному применению изобразительного искусства нередко были основаны на идеях инновационной художественной педагогики, 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). Он делает акцент на терапевтическом воздействии самого процесса творческой, изобразительной деятельности, активизации участников арт-терапевтического процесса, развитии у них комплекса экспрессивных навыков. Для такого подхода нехарактерно 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. Это были такие специалисты, которые 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).

Основными организационными формами арт-терапии выступают:

• индивидуальное арт-терапевтическое консультирование, т. е. 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, т. е. рисунок, лепка, создание композиций из песка, работа с разным проективным материалом (фотографиями, стимульными рисунками и т. д.);

• групповая арт-терапия (групповой арт-терапевтический тренинг) в форме интерактивной закрытой или полуоткрытой тематической группы либо открытой студии;

• семейная арт-терапия; в отличие от обычного семейного консультирования и семейной психотерапии, эта 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. Далее будут дополнительно рассмотрены некоторые особенности и лечебные факторы арт-терапии, определяющие возможность и необходимость ее применения с пережившими психическую травму.

МЕТОДЫ АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ СТРЕССЕ И ПОСТСТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВАХ

2.1.

Механизмы и факторы лечебно-реабилитационного воздействия арт-терапии при травматическом стрессе и пост стрессовых расстройств

Использование арт-терапии в работе с людьми, пережившими психическую травму, отмечается с первых десятилетий развития этого 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 занятие 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 экс-

прессии, 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 более 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 с целью 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 eat al., 2005, p. 88–91], когда речь идет о таких формах арт-терапии, которые связаны с применением комплекса выразительных модальностей. Это связано с «использованием воображения, повествовательной активности, танца, музыки, драматической экспрессии, поэзии, движения, визуальных искусств в их взаимодействии друг с другом» [Kalmanowitz, Lloyd, 2005, p.161].

Экстернализация (проекция) заключается в «переносе» физических ощущений, переживаний и представлений на внешние объекты и процессы. Хотя данный механизм связан не только с изобразительным творчеством, но и с познавательной деятельностью, а также с иными видами культурной практики, в арт-терапии и терапии искусствами он приобретает особо важную роль. Благодаря механизму экстернализации психические процессы, состояния и личностные качества получают отражение во внешней среде, как правило, на основе игровой, творческой активности.

Экстернализация является одним из защитных психологических механизмов, обеспечивает дистанцирование человека от сложных переживаний и представлений. Хотя проекция как защитный механизм не всегда предполагает осознание человеком связи спроецированных содержаний своего внутреннего мира с собой, в определенных условиях (например, благодаря рефлексии продуктов деятельности) она может создавать условия для восприятия и осознания данной связи. В значительной степени этому способствует большая безопасность ситуации, в которой человек может воспринимать свой внутренний мир отраженным в созданной им продукции.

Благодаря механизму экстернализации травматический опыт может быть «отделен» от личности. Кроме того, за счет этого механизма перенесшие психическую травму могут поддерживать оптимальную для себя дистанцию в отношениях со специалистом. Художественные материалы и образы являются своеобразными посредниками в терапевтическом взаимодействии. Это помогает лицам с посттравматическими расстройствами в процессе арт-терапии лучше почувствовать свои личные границы, восстановить чувство собственного достоинства и реализовать более широкий репертуар защитно-приспособительных реакций. Следует также отметить большую ценность физического контакта участников арт-терапии с различными материалами, что позволяет не только актуализировать и отреагировать травматичный опыт, но и оживить сферу физических ощущений, заблокированных в результате травмы.

В процессе экстернализации происходит перераспределение и концентрация психической энергии (в психоаналитическом ее понимании), в результате чего она становится более контролируемой сознанием и не в такой степени связанной с аффектами, как ранее. Так, например, если психотравмирующая ситуация находит отражение в рисунке, она может быть воспринята и осмыслена более трезво. Всеэто имеет важное значение на начальном этапе лечения, обеспечивая стабилизацию состояния на основе контейнирования травматического опыта и достижения над ним контроля.

По мнению D. Spring (1988), благодаря экстернализации и символизации «подавленные эмоции, сохраняющиеся в настоящем на сенсорном уровне… могут быть пережиты и отреагированы» [Spring, 1988, p. 5]. Символизация тесно связана с экстернализацией, но относится прежде всего к познавательной активности, происходящей на основе оперирования образами. Символизация связана с аналитико-синтетической деятельностью определенных структур мозга, отвечающих за переработку различной информации сенсорного, аффективного и когнитивного уровней.

В качестве менее эффективных, по сравнению с экстернализацией и символизацией, способов совладания с травматичным опытом выступает «эмоциональное онемение» и диссоциация. «Диссоциация обеспечивает блокировку переживания дистресса… Пациент остро переживает травматичный опыт, но при этом не осознает его связь с травматичными событиями» [van der Kolk, 1987, p. 7]. «Диссоциация является дезадаптивной реакцией на психическую травму. До тех пор, пока не будет обеспечена проработка травматичного опыта в его связи с конкретной ситуацией прошлого, преодоление симптомов дистресса вряд ли сможет произойти… Диссоциация является таким защитным механизмом, который обеспечивает притупление переживаний дистресса, но часто предполагает амнезию (забывание) психотравмирующих событий» [Spring, 2007, p. 223].

В процессе изобразительной деятельности, арт-терапии клиент имеет возможность преодолеть дезадаптивные защитные реакции эмоционального онемения и диссоциации и более активно может использовать механизмы деценрирования, символической экспрессии и коммуникации. Использование таких механизмов во многих случаях оказывается решающим для восстановления внутреннего равновесия, перестройки системы восприятия реальности, выражения и осознания травматических событий и переживаний.

В процессе арт-терапии опыт психической травмы поначалу может выражаться посредством символических и досимволических форм и лишь после этого может быть описан словами. Параллельно с этим происходит произвольное реконструирование биографической памяти, когда забытые обстоятельства и связанные с ними аффекты находят свое место в целостной картине реальности. Осуществляется постепенный перевод субъективного опыта из сферы бессознательного в сознание. При этом вербализации в процессе арт-терапии предшествует фаза невербального, преимущественно символического, выражения. Символизация тесно связана с формированием целостной, стабилизированной системы образных представлений, что ведет к осознаванию опыта и научению.

Символизация также тесно связана с психологическими защитами, прежде всего такими, как замещение и сублимация. Для работы с травматическим опытом очень важна способность символов вуалировать переживания и представления, обеспечивать креативные решения, нахождение новых смыслов. Децентрирование, экстернализация и символизация тесно связаны с дивергентным мышлением – способностью оперировать множеством гипотез и формировать новые, необычные ассоциации. Дивергентное мышление может быть противопоставлено бинарному мышлению, основанному на использовании лишь двух взаимоисключающих гипотез или вариантов решения проблемы.

Проведенные в последние годы нейропсихологические исследования и изучение зрительного восприятия позволяют по-новому взглянуть на терапевтическую и регулятивную функции символической экспрессии. Эти исследования позволяют понять, каким образом символические образы обеспечивают передачу и усвоение той информации, которая не может быть передана и усвоена на основе понятийного мышления. В отличие от речевого выражения, символические образы характеризуются наличием целого набора значений. По своему содержанию они менее специфичны и более «размыты», чем речевая экспрессия, позволяя в емкой, лаконичной форме выражать комплексные представления и передавать сложный опыт. Смысловая нагрузка символических образов зачастую не осознается или осознается лишь отчасти, в связи с чем содержащаяся в них информация не подвергается цензуре сознания.

Выражение чувств посредством символических образов, в том числе в тесной связи с изобразительной деятельностью, способно приводить к катарсису, даже если содержание изобразительной продукции и смысл переживаний в процессе ее создания человеком не осознаются. В то же время изобразительная деятельность часто сопровождается достижением лучшего понимания глубинного смысла переживаний, ростом самопонимания и самопринятия.

По мнению таких специалистов, работающих с пациентами с ПТСР, как Э. Фоа, Т. Кин и М. Фридман (2005), используемые в арт-терапии символические средства самовыражения могут обеспечивать более полный доступ к имплицитным, скрытым системам памяти, а также визуально-кинестетическим схемам, которые обычно обрабатываются недоминантным полушарием мозга. Предполагается, что травматический опыт и связанные с ним искаженные схемы могут сохраняться в этих нелексических формах.

Было бы ошибочным связывать изобразительную деятельность с активностью преимущественно правого полушария мозга. Очевидно, что разные этапы изобразительного творчества предполагают вовлечение разных отделов мозга, в том числе и тех, которые участвуют в процессах линейного, понятийного мышления и речевой экспрессии. В конечном итоге изобразительная деятельность способствует интеграции травматичных переживаний посредством активизации деятельности обоих полушарий, что обеспечивает формирование визуального и вербального повествований, связывание автобиографического материала в целостную картину. Происходит постепенное соотнесение травматического опыта с конкретными обстоятельствами жизни, системой отношений и личных смыслов клиента, что более характерно для основной фазы терапии психической травмы, связанной с проработкой и переоценкой травматического материала, ревизией самооценки клиента и его восприятия мира.

В процессе оказания арт-терапевтической помощи пострадавшими от психической травмы могут быть задействованы как невербальные, творческие факторы, связанные с художественной экспрессией (и иными экспрессивными модальностями), так и более общие терапевтические факторы, и механизмы, связанные с психотерапевтическими и групповыми отношениями и вербальной коммуникацией. Также не должны игнорироваться дополнительные техники и приемы, связанные с той или иной терапевтической системой – психодинамическим, личностно ориентированным, когнитивно-поведенческим и иными подходами. Поэтому вполне оправдано дополнение техник, основанных на изобразительной деятельности, техни-

ками суггестивного характера, релаксацией, десенсибилизацией, когнитивными интервенциями, обучением.

Таким образом, механизмы, связанные с творческой и игровой деятельностью и другими техниками и терапевтическими приемами, могут в разной степени участвовать на всех этапах процесса лечения посттравматических расстройств.

2.2.

Методы арт-терапии и креативной терапии, применяемые при травматическом стрессе и пост стрессовых расстройствах

При оказании арт-терапевтической помощи переживающим травматический стресс и постстрессовые расстройства может быть использована как индивидуальная, так и групповая арт-терапия с разными сроками лечения и методологической ориентацией. Такая помощь может быть оказана на разных этапах переживания травматического стресса и его последствий, а именно на этапе 1) развития начальных аффективных и соматовегетативных реакций и совладающих действий; 2) формирования дисфункциональных вариантов адаптации и устойчивых психопатологических изменений; 3) исчезновения внешнего стрессора, но при сохраняющихся или даже усугубляющихся нарушениях личностного функционирования и симптомов постстресса.

В литературе описаны следующие варианты проведения арт-терапии при травматическим стрессе и постстрессовых состояниях, связанные с разными сроками и этапами оказания помощи.

1. На этапе развития начальных аффективных и соматовегетативных реакций и совладающих действий применяются:

• неотложное кризисное вмешательство, осуществляемое в форме индивидуального консультирования непосредственно в ситуации стресса [Никольская, 2012; Аррингтон, 2011];

• кризисное вмешательство и последующая поддержка непосредственно в «полевых» условиях, например в палаточных городках и лагерях беженцев [Калманович, Ллойд, 2000; Kalmanowitz, Lloyd, 2011].

2. На этапе формирования дисфункциональных вариантов адаптации и устойчивых психопатологических изменений, а также на этапе исчезновения внешнего стрессора, но при сохраняющихся или даже усугубляющихся нарушениях личностного функционирования и симптомов постстресса наиболее показаны такие формы оказания арт-терапевтичесеой помощи, как:

• индивидуальная, преимущественно динамически-ориентированная или клиент-центрированная недирективная арт-терапия со средними или длительными сроками лечения [Аррингтон, 2011; Макги, 2010; Сучкова, 2007];

• разные формы групповой арт-терапии и тренинга (студийные, тематические и динамические группы) с разными сроками лечения, проводимые в разных условиях – на базе стационаров (госпиталь ветеранов войн, отделение психотерапии) [Хеселер, 2010], амбулаторных учреждений (диспансеров, дневных стационаров или центров дневного пребывания) [Стоун, 2006; Хеуш, 2006; Хоган, 2010; MarcowSpeiser, Schwartz, 2011].

Длительность арт-терапии зависит в том числе от выраженности клинических проявлений переживаемого травматического стресса, а также от глубины и устойчивости посттравматических нарушений. Соответственно общей продолжительности курса арт-терапии и моменту ее начала с точки зрения этапов развития адаптационных реакций и их различных исходов в результате психической травмы могут решаться разные терапевтические задачи. Далее кратко представлены некоторые специализированные методы арт-терапии, применяемые при посттравматических состояниях.

Метод N. Hass-Cohen

Основываясь на данных нейропсихологии, N. Hass-Cohen (2008) разработала оригинальный метод арт-терапии психической травмы (S-R4 CREATE ATR-N model). Аббревиатура метода связана с его важнейшими принципами – безопасностью (safety), терапевтическими отношениями (relationship), восстановлением связи с травматическим опытом и его «встраиванием» в непрерывную последовательность биографических событий (reconnection), а также направленностью на предупреждение обострений (relapse prevention). Согласно модели, терапевтический процесс представляет собой «творчество в действии, сочетающееся с терапевтическими отношениями, переживанием эмоций, экспрессивной коммуникацией, адаптивными реакциями клиента, ведущими к трансформации и эмпатическому принятию» (Creativity in motion, Relational response, Emotions and expressive communication, Adaptive responses, Transformation and Empathy).

Важная роль отводится использованию контрастных оттенков ахроматической или цветной бумаги для создания серии картин травматического события. При этом клиент использует сделанные им силуэты предметов и людей. Необходимым условием терапевтических изменений выступает внесение динамики в созданную картину травматического события. Это может быть, в частности, достигнуто за счет серии изменяющихся картин. Клиент начинает занимать более активную позицию в отношении своих переживаний и воспоминаний. Он не только подвергается их воздействию, чувствуя при этом свою беспомощность, но и пытается отразить событие в творческой продукции и постепенно ее трансформировать. Большое значение имеет сочетание вербальной и невербальной экспрессии. Последняя связана не только со словесным описанием события, но и с выбором названия для рисунков.

Изобразительные задания постепенно усложняются. Если первые действия клиента связаны с простыми манипуляциями с материалами, то постепенно из множества элементов выстраивается более сложная композиция, которая дополняется новой картиной и, возможно, даже несколькими изображениями. Вырезая образы в виде силуэтов и варьируя разными способами их расположения на бумаге, клиент начинает чувствовать больший контроль над травматическими воспоминаниями.

Интермодальная терапия творчеством

Комплексная интермодальная программа помощи лицам с постравматическим стрессовым расстройством представлена с публикации L. Winn (2006) и проводится в Naval Hospital (Нью Хейвен, США). Используются разные экспрессивные модальности – визуально-пластические искусства (создание фотоколлажа, построение «спектрограмм» из предметов и фотографий), повествовательные и драматерапевтические приемы.

Программа рассчитана на трехнедельный срок стационарного лечения и для групп с ограниченным числом участников. Клиенты подробно описывали свои чувства в терапевтических дневниках. Они также создавали коллажи, затрагивающие их травматический опыт, и отвечали на вопросы, относящиеся к разным деталям изображения. Их ответы записывались на видео, и в конце курса лечения они получали копию видеозаписи.

Из драматерапевтических приемов применялись работа в круге с обменом ролями, создание и проигрывание историй, а также построение спектограмм и их драматизация. Спектрограммы представляли собой картины, созданные с помощью фотографий, рисунков и предметов, отражающие травматические события и моделирующие разные исходы ситуации по их эмоциональному значению для клиента. Также использовался такой экспрессивный прием, как «рассказывание историй» (например, напрямую или косвенно связанных с пережитым опытом, восприятием своего настоящего или будущего) при помощи танца, движения и действия.

Использование проективных средств (рисунков, предметов и фотографий) при построении спектрограмм и в иных видах практики упрощает передачу травматического опыта и делает его более безопасным. Клиенты могут сохранить эстетическую дистанцию при рассказе историй из жизни, осознать ранее не осознаваемые отношения, моделировать и исследовать

ситуации в динамике [Winn, 2006]. Важная роль отводится взаимопомощи участников занятий и освоению ими роли фасилитатора. На определенных этапах занятий клиенты работают по парам: один рассказывает свою историю и создает спектрограмму, второй слушает и задает вопросы, что способствует дистанции между рассказчиком и событием.

L. Winn (2006) полагает, что терапевтическая группа является для клиентов с ПТСР полезной с точки зрения обмена опытом. Проблемы адаптации, которые появляются после травматической ситуации, у большинства клиентов сходные, и обмен опытом может оказаться весьма благотворным для осознания дезадаптивных поведенческих схем и поиска новых, а также преодоления ощущения изолированности, которым сопровождается ПТСР. Предоставление взаимной поддержки и ассистирование в группе является значимой характеристикой личностного роста (который осуществляется на основе преодоления травматического опыта) и индикатором начинающегося процесса выздоровления.

Креативная повествовательная терапия

При проведении арт-терапии с клиентами с посттравматическими состояниями нередко используются элементы повествовательной активности, включая такие виды креативной повествовательной терапии, как «экпрессивное письмо» (expressive writing) [Lepore, Smyth, 2002] и поэтическая психотерапия (poetry therapy) [Mazza, 1999; Stepakoff et al., 2011]. Данные виды терапии основаны на представлении о том, что, когда человек находит слова для выражения того, что раньше он выразить не мог, и создает связный рассказ (повествование – нарратив), он из позиции жертвы переходит в позицию победителя. Важная роль при использовании креативной повествовательной терапии отводится публично предъявлению опыта переживания травмы. Как пишут [Stepakoff et al., 2011, p. 128], «мы заметили, что многие пережившие психическую травму испытывают потребность делиться своим опытом, вынося его в то или иное публичное пространство. Возможности публичного выражения опыта включают: общение с журналистами, дачу показаний в ходе судебных процессов (трибуналов), участие в протестных акциях, выставках художественных работ, сценических выступлениях (театральных постановках, музыкальных, танцевальных) и т. д.».

На основе использования поэтической психотерапии с жертвами организованного насилия (мирным населением, пострадавшим в ходе войны в Ираке) [Stepakoff et al., 2011, p. 129] делают следующий вывод: «Если субъект находит слова, чтобы описать свой опыт в безопасной, поддерживающей атмосфере, он неизбежно испытывает ощущение большего комфорта, облегчения, контакта с собой и другими людьми и надежды».

Экспрессивное письмо, в частности поэтическая психотерапия, включает экспрессивный и рецептивный подходы. Рецептивный подход связан с использованием уже имеющихся текстов (сочиненных другими) [Mazza, 1999]. Существуют разные техники рецептивной поэтической психотерапии. В одних случаях клиент сам выбирает текст, в других – специалист рекомендует текст клиенту или группе. Как правило, рецептивные техники сочетаются с экспрессивными, когда клиенты создают собственный текст. Это может быть ведение дневника, написание писем (себе и воображаемому адресату) и, собственно, сочинение стихов [Spring, 2003].

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.