

An abstract painting featuring a green, textured shape resembling a creature's head or a mask. It has a wide, open mouth with a bright red interior and white, jagged teeth. The background is a mix of orange and red splatters and brushstrokes. The overall style is expressive and somewhat chaotic.

А. И. Копытин

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

Александр Иванович Копытин
Методы арт-терапии в преодолении
последствий травматического стресса

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=9364274

Методы арт-терапии в преодолении последствий травматического стресса: Когито-Центр;

Москва; 2014

ISBN 978-5-89353-420-7

Аннотация

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.

Содержание

Введение	5
Глава 1. Психическая травма, постстрессовые расстройства и их лечение	6
1.1. Общее представление о психической травме и постстрессовых расстройствах	6
1.2. Методы психотерапии, применяемые при травматическом стрессе и постстрессовых расстройствах	10
1.3. Арт-терапия как одна из форм психологической помощи: общая характеристика	13
Глава 2. Методы арт-терапевтической помощи при травматическом стрессе и постстрессовых расстройствах	15
2.1. Механизмы и факторы лечебно-реабилитационного воздействия арт-терапии при травматическом стрессе и постстрессовых расстройствах	15
2.2. Методы арт-терапии и креативной терапии, применяемые при травматическом стрессе и постстрессовых расстройствах	20
Конец ознакомительного фрагмента.	32

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 сома-

тоформным 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 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 – *повествовательная-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 повествовательной-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 представ-

лений 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 расстройства 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) травми-

ческого 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-

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

терапевтического процесса, развитии 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 полуоткрытой 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 преодо-

ление 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).

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 особую 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, она 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, благодаря данному механизму, 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 почувствовать свои личные границы, восстановить чувство собственного достоинства и реализовать 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 менее связанной с аффектами, чем ранее. Так, например, если психотравмирующая ситуация находит отражение в рисунке, она может быть воспринята и

осмыслена более трезво. Все это имеет важное значение на начальном этапе лечения, обеспечивая стабилизацию состояния на основе контейнирования травматического опыта и достижения над ним контроля.

Д. Спринг считает, что благодаря экстернализации и символизации «подавленные эмоции, сохраняющиеся в настоящем на сенсорном уровне... могут быть пережиты иотреагированы» (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 использовать механизмы децентрирования, символической экспрессии и коммуникации. Использование данных 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 осознанию 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 специалистов, проводящих терапию пациентов с ПТСР (Фоа, Кин, 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 связаны с вовлечением разных отделов мозга, в том числе, 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 повествования, 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 пострадавшим 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 – с психодинамическим, личностно-ориентированным, когнитивно-поведенческим и иными подходами. Поэтому вполне оправданно дополнение техник, основанных на изобразительной деятельности, техниками 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 разных этапах процесса лечения посттравматических расстройств.

Основные этапы арт-терапевтической помощи пережившим психическую травму и связанные с ними терапевтические задачи показаны на рисунке 2.

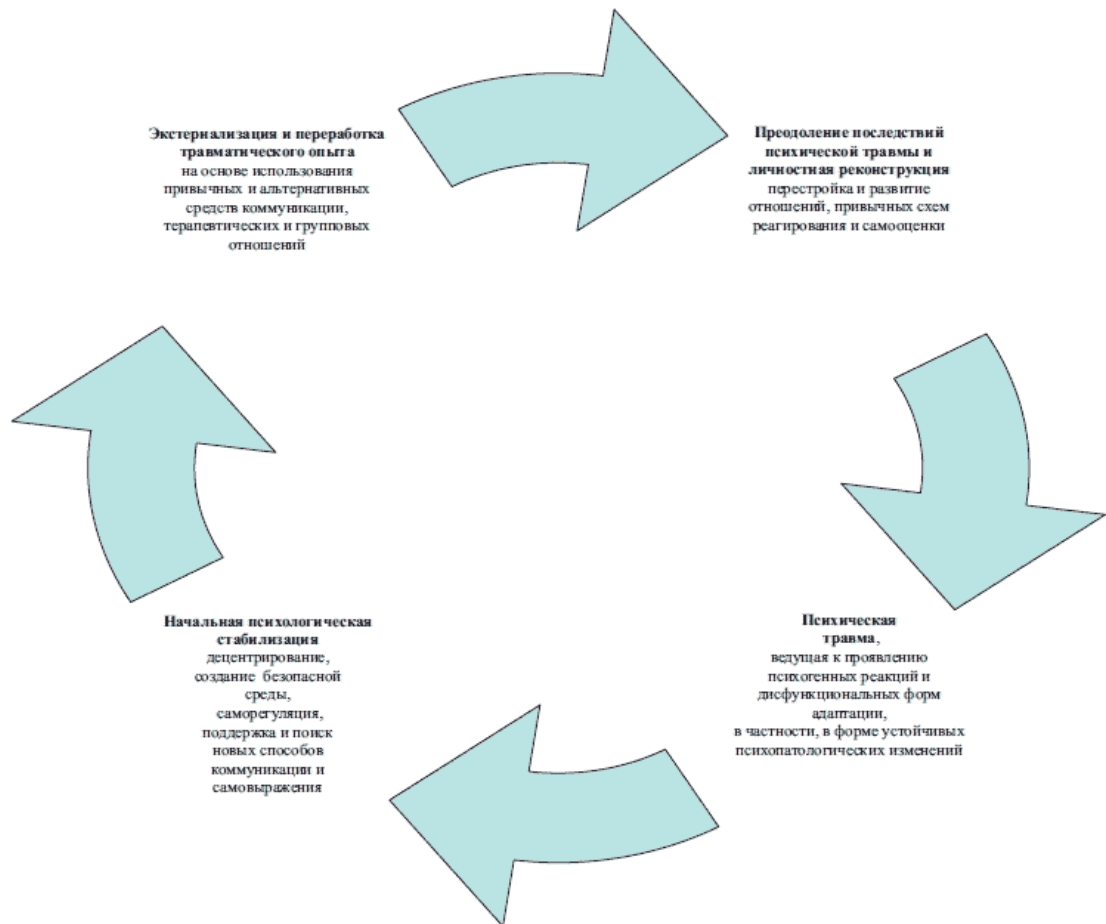


Рис. 2. Этапы оказания арт-терапевтической помощи пережившим психическую травму и связанные с ними терапевтические задачи

2.2. Методы арт-терапии и креативной терапии, применяемые при травматическом стрессе и постстрессовых 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:

1. На этапе развития начальных аффективных и соматовегетативных реакций и совладающих действий.
2. На этапе формирования дисфункциональных вариантов адаптации и устойчивых психопатологических изменений.
3. На этапе исчезновения внешнего стрессора, но при сохраняющихся или даже усугубляющихся нарушениях личностного функционирования и симптомов постстресса.

В литературе описаны следующие варианты проведения арт-терапии при травматическом 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 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 при симптомах постстресса наиболее показаны такие формы оказания арт-терапевтической 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), а также *общинной арт-терапии* 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), общинных центров и учреждений культуры (Стоун, 2006; Хеуш, 2006; Хоган, 2010; Marcow-Speiser, Schwartz, 2011).

Длительность арт-терапии зависит, помимо прочего, от выраженности клинических проявлений переживаемого травматического стресса, а также 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 (рисунок 1) могут решаться разные терапевтические задачи (рисунок 2). Ниже кратко представлены некоторые специализированные методы арт-терапии, применяемые при посттравматических состояниях.

Специальные программы и методы арт-терапевтического вмешательства при стрессовых и постстрессовых состояниях

На основе представлений об уровнях защитной системы человека И. Н. Никольской (2012) была разработана и использована программа психологической помощи переживающим последствия травматического стресса, включающая четыре этапа. Каждый этап связан с соответствующим уровнем защитных реакций, последовательно формирующихся в онтогенезе и одновременно либо последовательно функционирующих у взрослого:

1. Сомато-вегетативный (физиологический) уровень, обеспечивающий адаптацию к стрессу посредством автоматических изменений в деятельности различных систем организма.
2. Поведенческий (психомоторный) уровень адаптации на основе автоматического изменения объема и характера общей моторной активности, мимики, пантомимики, общего рисунка поведения человека (типичные для дошкольников поведенческие реакции отказа, оппозиции, имитации, компенсации, позволяющие ребенку удовлетворить фрустрированные потребности в безопасности и защищенности, любви и принятии, социальном одобрении).
3. Уровень психологической защиты (бессознательной психики), для которого характерна автоматическая защитная переработка тревожной информации, что приводит к ее игнорированию, искажению либо к снижению эмоциональной значимости. Ограждение сознания человека от отрицательных переживаний снижает внутреннее напряжение и дискомфорт, позволяет сохранить привычные, хотя и нереалистичные образы мира и своего «я».
4. Уровень совладания, или копинг-поведения (сознания), обеспечивающий адаптацию за счет осознания личностью возникших трудностей и оценки их как представляющих опасность, использования знаний о том, как следует преодолевать ситуации данного типа, умений применять стратегии этих действий на практике.

И. Н. Никольская (2012) считает, что когда в силу возраста, состояния здоровья или особенностей самой кризисной ситуации (например, экстремальной и угрожающей жизни) личность не способна к сознательным и целенаправленным усилиям по адаптации к стрессу, возникает необходимость в оказании ей адекватной помощи по совладанию с кризисной ситуацией соответствующими специалистами.

Соответственно, на первом этапе (сомато-вегетативный уровень защиты) психологической помощи основная задача заключается в том, чтобы удовлетворить основные физиологические потребности («накормить, напоить, обогреть» и т. д.), а также провести необходимых лечебно-профилактические мероприятия.

На втором этапе (поведенческий уровень защиты) усилия специалиста направлены на то, чтобы удовлетворить базисные психологические потребности в безопасности, защищенности, принятии и социальном одобрении (поместить пострадавшего в безопасную обста-

новку и адаптировать к среде, наладив успешное функционирование в семье, образовательном учреждении, группе сверстников и т. д.).

На третьем этапе важнейшим направлением работы становится коррекция и последующее укрепление психологической защиты пострадавшего за счет создания у него позитивных образов мира, будущего и самого себя с опорой на личностные ресурсы. На четвертом, заключительном этапе, переходят к решению долгосрочных задач по развитию копинг-ресурсов и формированию эффективного совладающего поведения.

Данная форма работы с пострадавшими от травматического стресса (в частности, детьми-жертвами террористической атаки в Беслане) была реализована И. Н. Никольской в форме метода серийных рисунков и рассказов. После знакомства ребенку предлагалось создать серию рисунков на заданные темы. Соблюдение определенной последовательности в разработке тем формирует динамику эмоционального состояния. От обсуждения нейтральных тем, создающих доверительные отношения, специалист и клиент переходят к погружению в кризисные переживания с их отреагированием и последующим созданием позитивного настроения и жизненной перспективы.

Для первого этапа работы характерны рисунки и рассказы на тему «Мой автопортрет в полный рост», «Моя семья» («Семейная социограмма»), «Если бы у меня была волшебная палочка...». Они позволяют: познакомиться с ребенком, исследовать его образ «я», представления о семейном окружении и самочувствии в семье, осуществить присоединение за счет обсуждения «безопасной» и насыщенной позитивными эмоциями темы желаний, стремлений и фантазий.

Для второго этапа характерны рисунки и рассказы на тему «Я переживаю», «Я боюсь», «Сон, который меня взволновал», «Я об этом не хочу вспоминать». Эти задания несут основную эмоциональную нагрузку и стимулируют проявление чувств и воспоминаний. С их помощью происходит выявление отрицательных переживаний и связанных с ними трудных жизненных ситуаций, внутриличностных и межличностных конфликтов, механизмов психологической защиты и стратегий совладающего поведения. В процессе исследования психотравмирующих переживаний за счет коррекции механизмов психологической защиты осуществляется отреагирование отрицательных эмоций либо отчуждение от них.

Третий этап предполагает создание рисунков и рассказов на такие темы, как: «Я такой довольный и счастливый», «Мне 25 лет, я взрослый и работаю на своей работе» (для детей), «Светлое будущее» (для взрослых). Они направлены на снятие возникшего напряжения, дают заряд оптимизма, чувство уверенности в себе, ощущение способности справиться с трудностями, формируют образ позитивного будущего. Список тем и их формулировки могут изменяться с учетом анамнеза, индивидуально-психологических особенностей клиента и его значимой проблематики, выявляемой в ситуации консультирования.

Основываясь на данные нейрпсихологии, N. Hass-Cohen (2008) разработала оригинальный метод арт-терапии психической травмы (*S-R4 CREATE ATR-N model*). Аббревиатура названия 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 данной 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 при использовании данного метода отводится использованию контрастных оттенков ахроматической или цветной бумаги для создания серии картин травматиче-

ского события. При создании таких картин клиент использует созданные им силуэты предметов и людей. Важным условием терапевтических изменений выступает внесение в случае необходимости динамики в созданную картину травматического события. Это может быть, в частности, достигнуто за счет создания серии изменяющихся картин. Клиент начинает занимать более активную позицию в отношении своих переживаний и воспоминаний. Он не столько подвергается их воздействию, чувствуя при этом свою беспомощность, сколько пытается отразить событие в творческой продукции и постепенно ее трансформировать. Важную роль играет сочетание вербальной и невербальной экспрессии. Последняя связана не только со словесным описанием события, но и 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.

Арт-терапевтическая программа по управлению травматическим стрессом была разработана (Cohen, Barnes, Rankin, 1995) на основе когнитивно-поведенческого подхода. Программа включает три основных блока занятий, начиная с более простых видов изобразительной деятельности и заканчивая более сложными. Первый блок занятий предполагает освоение участниками базовых навыков саморегуляции, основанных на использовании дыхания, релаксации и визуализации в сочетании с изобразительной деятельностью.

Второй блок занятий ориентирован на работу с различными чувствами, включая чувства тревоги и страха, раздражения и гнева, вины и стыда. Третий блок позволяет затронуть и изменить отношение участников к психотравмирующим обстоятельствам, их представления о себе и окружающем мире. Важное место в рамках данной программы отводится рефлексии и описанию участниками занятий своих реакций, связанных с выполнением упражнений и восприятием созданной продукции. Это помогает клиентам развить навыки самоанализа, прийти к лучшему пониманию своих личностных позиций (особенностей мышления и поведения) и в случае необходимости и при наличии достаточной мотивации перейти к их изменению.

Интермодальная терапия творчеством

Интермодальная (полимодальная) терапия творчеством связана с использованием не одной, а нескольких экспрессивных модальностей или средств творческого самовыражения. Они могут применяться в разной комбинации и последовательности и включать не только изобразительную деятельность, но и музыку, движение и танец, ролевую игру, экспрессивное письмо (творческую повествовательную активность). Дополнение изобразительных средств иными средствами творческого самовыражения позволяет:

- мобилизовать творческий потенциал клиента или группы;
- дать дополнительные возможности для получения полисенсорного опыта, выражения чувств, представлений и их проработки;
- активизировать невербальную коммуникацию между участниками арт-терапии;
- достичь более согласованного взаимодействия между эмоциональными, когнитивными, поведенческими и физическими аспектами личностного функционирования.

Использование интермодальных практик в арт-терапии также обеспечивает более эффективное децентрирование – переориентацию участников занятий с привычных схем

мышления и поведения на альтернативные или дополнительные, связанные с творческой деятельностью, прежде всего, в группе. Это имеет немаловажное значение при работе с психической травмой. Эффект интермодального децентрирования может достигаться за счет применения разных видов общинной практики, связанной с совместными творческими действиями группы, что обеспечивает «заземление», сближает участников, обеспечивает фокусировку на здесь-и-теперь и формирует новую структуру восприятия реальности (Knill, 2013). К некоторым видам общинной интермодальной практики, ориентированным на создание общей динамической формы, помимо совместной изобразительной деятельности, П. Нилл относит:

- инструментальную или голосовую импровизацию либо их сочетание;
- танцевальную импровизацию с самопрезентированием в круге;
- драматизацию (пластическое воплощение) ресурсного образа, в том числе на основе использования стимула (поэзия, визуальный образ и др.).

Комплексная интермодальная программа помощи лицам с посттравматическим стрессовым расстройством представлена в публикации Л. Уинн (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 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 спектрограмм 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 экспрессивный прием «рассказывания 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 менее опасным. Клиенты могут сохранить эстетическую дистанцию при рассказе историй из жизни, осознать ранее неосознаваемые 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 созданию дистанции между рассказчиком и событием.

Л. Уинн (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 харак-

теристикой личностного роста (который осуществляется на основе преодоления травматического опыта) и индикатором начинающегося процесса выздоровления.

Ландшафтная арт-терапия и работа с найденными объектами

В работе с последствиями психической травмы иногда применяются элементы так называемой ландшафтной арт-терапии, связанные с использованием множества физических и символических форм, которые находятся в окружающей природной и антропогенной среде (Копытин, Корт, 2013; Kalmanowitz, Lloyd, 2011; Davis, 1997, 1999). Как в любой арт-терапии, в ландшафтной арт-терапии используется, прежде всего, изобразительная деятельность, однако допускается применение несколько иного набора средств, найденных объектов и материалов, а также целостного ландшафта. Участникам занятий предоставляется возможность определенную часть времени сеансов проводить за пределами арт-терапевтического кабинета.

Использование ландшафтной арт-терапии при травматическом стрессе и постстрессовых расстройствах может быть обосновано по-разному. Во-первых, имеет немаловажное значение позитивное, исцеляющее воздействие природного ландшафта, значительное разнообразие сенсорных стимулов, способных оживить заблокированные в результате пережитой травмы физическую и эмоциональную сферы. Во-вторых, выход в окружающую среду и использование найденных объектов способствует активизации участников арт-терапии, получению новых впечатлений и преодолению состояния изоляции. В-третьих, имеет значение сигнальная, символическая функция, присущая окружающей среде и найденным объектам, выделяемым в качестве наиболее значимым для личности. В результате переноса на эти предметы личного опыта (как травматического, так и ресурсного) обеспечивается его экстернализация, установление контроля над переживаниями, осознание прошлого и восстановление биографической памяти.

Проводя арт-терапию с жертвами политических и военных конфликтов в разных странах (бывшей Югославии, Гонконге и др.), Д. Калманович, Б. Ллойд (Kalmanowitz, Lloyd, 2011) вынуждены были отступить от требований, связанных с организацией арт-терапевтического пространства. Они стали более активно использовать ресурсы внешней среды с находящимися в ней объектами. Постепенно оформилась идея «портативной студии» как более открытой творческой среды, допускающей большую степень контакта с окружающим пространством.

Они отмечают: «Игра на стыке внутреннего и внешнего разворачивалась весьма часто, когда мы проводили свою работу в ситуациях социальных и политических изменений. Работая в такой обстановке, мы не могли контактировать только с внутренним или внешним, но должны были охватить и то, и другое, смотреть, как они взаимодействуют друг с другом и какие эмоциональные реакции при этом возникают... Наша работа была отчасти связана с тем, чтобы помочь беженцам освоить новое доступное для них пространство, в том числе, путем работы непосредственно со средой и находящимися в ней объектами» (Kalmanowitz, Lloyd, 2011, p. 125).

Знакомясь с территорией, окружающей бараки в лагере для беженцев, Д. Калманович, Б. Ллойд заметили, что она содержит в себе определенные ресурсы. Они решили в ходе арт-терапевтических занятий пригласить детей выходить на эту территорию, в частности, в сосновый лес, а также посетить свалку ненужных вещей. Они предложили детям использовать внешнюю среду с находящимися в ней природными и неприродными объектами. По наблюдениям авторов, «перемещение во внешнюю среду, как в физическом, так и эмоциональном смысле оживило и раскрепостило детей. В то же время, эта среда выполняла важную удерживающую функцию» (Kalmanowitz, Lloyd, 2011, p. 107).

Так, во время одного занятия пятеро старших детей отправились на свалку старых вещей и, используя найденные предметы, стали строить из них дома. Когда они после перерыва вернулись на то место, где построили дом, то обнаружили, что дом кто-то разрушил. Тогда дети построили живую цепь и начали передавать камни, чтобы укрепить дом. При этом одна девочка начала вспоминать о своем разрушенном доме в Боснии. Восстановление и укрепление дома детьми в этот день продолжалось некоторое время и сопровождалось спорами и часто неприятными воспоминаниями. Дети постепенно преобразовали двухкомнатную постройку в дом с одной большой комнатой. Затем они сфотографировались на фоне построенного дома.

Д. Калманович и Б. Ллойд отмечают, что «строительство детьми разных сооружений из найденных на свалке предметов давало им возможность символически обозначить их прежнюю среду обитания, отреагировать переживания, связанные с утратами привычных связей, прежде всего, со своим домом и близкими» (Kalmanowitz, Lloyd, 2011, p. 108).

Предпосылками проведения ландшафтной арт-терапии при посттравматических расстройствах могут служить многочисленные примеры спонтанных творческих проявлений с использованием подручных средств, личных и найденных предметов у беженцев, участников боевых действий («траншейное искусство»), узников концентрационных лагерей. Военнослужащие, военнопленные и гражданское население во время войн и вооруженных конфликтов нередко находили на полях сражений предметы и создавали из них изделия (Saunders, 2003). Такие находки и изделия отражали их личностные творческие реакции на ситуацию и служили важными документами событий. Солдаты, например, подбирали шrapнель, осколки снарядов и другие предметы, чтобы изготавливать из них поделки.

Миниатюрные, переносные предметы, которые люди во многих случаях берут с собой, обнаруживают особую значимость, когда речь идет о вынужденном перемещении, потере связи с привычной средой обитания или с человеком. Включаясь в новую среду, такие предметы зачастую преобразуют ее. Они несут на себе отпечаток прежней среды и отношений. Кроме того, предметы, которые человек берет с собой, оставляя прежнее место обитания, либо которые он находит в процессе арт-терапевтических занятий, часто дают ему чувство большей безопасности и даже пребывания в родном доме.

Приемы и формы ландшафтной арт-терапии, которые можно использовать в работе с пережившими психическую травму, разнообразны и включают:

- прогулки в определенной среде с целью нахождения в ней вызывающих особо сильные ассоциативные и эмоциональные реакции предметов с последующим обсуждением находок и созданием из них предметных скульптур (ассамбляжей), инсталляций, «талисманов» и иной авторской продукции;
- использование некоторых предметов и материалов (песка, воды, листвы) не столько для создания авторской продукции, сколько с целью манипуляций и исследования их сенсорных характеристик;
- создание «путевых заметок» и иных художественных текстов на основе взаимодействия с найденными предметами или средой;
- подготовку и проведение ритуалов с определенной терапевтической функцией с использованием найденных объектов или в определенной, специально выбранной среде;
- фотографирование объектов и среды;
- посадку растений, создание и обустройство садов, парков и мемориалов, а также формирование участниками занятий наиболее безопасной и комфортной среды (Копытин, Корт, 2013; Шарафиева, 2013).

При использовании ландшафтной арт-терапии участникам занятий могут предлагаться определенные темы, что обеспечивает фокусировку на том или ином аспекте опыта и повы-

шает эффективность терапевтической программы. Кроме того, использование тематической основы деятельности может снижать тревогу и растерянность участников, а также способствовать сплочиванию группы. Затрагиваемые в ходе ландшафтной арт-терапии темы могут быть нескольких видов. Хотя большинство тем предназначены для индивидуальной творческой деятельности, некоторые из них больше подходят для совместной работы семьи, терапевтической группы или общины. Примером может служить арт-терапевтический проект, рассчитанный на тех, кто потерял близких в результате террористической атаки 11 сентября. Большая группа людей, работая совместно, создала мемориал памяти жертв этого события. Такие проекты обеспечивают достижение целого ряда эффектов, которые не могут быть получены при использовании индивидуальных видов деятельности, включая:

- получение нового опыта совместной деятельности и сопереживания;
- оказание взаимной эмоциональной поддержки;
- сплочивание членов группы, общины, семьи;
- освоение и реализация новых позиций и способов взаимодействия;
- обучение конструктивным способам выражения чувств и разрешения конфликтов (в частности, путем поиска компромиссов, согласования действия и др.);
- активизацию и раскрытие внутренних ресурсов на уровне личности и сообщества;
- привлечение внимания к определенной проблеме и путям ее решения, убедительное выражение определенной социальной позиции.

Примеры личных тем, используемых в ландшафтной арт-терапии с пережившими психическую травму: «Автопортрет», «Разные грани моего Я», «Мои роли» («Я как сообщество»), «Прошлое, настоящее, будущее», «Мои жизненные приоритеты (потребности, устремления)», «Мои скрытые возможности и секреты», «Мои помощники».

Примеры групповых и семейных тем, связанных с актуализацией и выражением травматического и ресурсного опыта: «Символы группы (семьи, сообщества)», «То, что нас объединяет (групповые проблемы, цели и идеалы)», «Группа (сообщество) в процессе развития», «Группа как творческое сообщество», «Моя семья (мой род)», «Выражение благодарности и почтения предкам», «Создание группового (общинного, семейного) мемориала».

Возможны также темы, затрагивающие так называемые универсальные или трансперсональные аспекты опыта: «Жизненные циклы (циклы смерти и возрождения)», «Созидание и разрушение», «Раны земли и их исцеление», «Мудрость мира», «Вселенная», «Волшебный сад», «Природа как Мать, Целитель, Творец, Источник», «Приношение во имя жизни, процветания, исцеления».

Примером реализации ландшафтных проектов с психотерапевтической целью, в том числе при лечении пациентов с невротическими, связанными со стрессом расстройствами, может служить модель динамической психиатрии, созданная Г. Амоном в 1960–1980-е годы и воплощенная в деятельности мюнхенской клиники Менгершвайге. Модель динамической психиатрии включает разные виды вербальной и невербальной психотерапии и так называемую терапию средой (милье-терапию). Психотерапевтически ориентированная работа с ландшафтом характерна именно для терапии средой, предполагающей разработку и реализацию группой больных какого-либо проекта, связанного с созданием на территории клиники различных арт-объектов.

В арт-терапевтических публикациях представлены интересные примеры работы с ландшафтом при лечении пациентов с посттравматическими расстройствами. Описывая свою работу с ветеранами войны на базе специализированного психиатрического отделения госпиталя, М. Хеселер обращает внимание на то, какую важную роль сыграла работа пациентов в саду госпиталя. Пациенты вместе с персоналом подготовили территорию для

создания небольшого сада в тихом месте на территории госпиталя. Они посадили овощи, цветы и ягоды и в первое же лето собрали урожай клубники, кукурузы, помидоров, перца и трав, используемых в качестве приправы. Осенью во время проведения компании по сбору пожертвований для ветеранов пациенты собрали головки подсолнечника и повесили их сушиться для последующей продажи вместе со свежими цветами, созданными в саду художественными фотографиями, расписанными ими самими вазами. М. Хеселер отмечает, что «сад также стал местом, в котором пациенты с особой остротой могли переживать чувства товарищества, гордости и надежды, а также занять более активную позицию в отношениях с миром» (Хеселер, 2010, с. 52).

Инициатива по созданию сада как элемента лечебно-реабилитационной программы оказалась настолько успешной, что было принято решение организовать еще несколько аналогичных садов на свободной территории между тремя корпусами госпиталя. Для того чтобы сделать посещение сада и работу в нем доступной для пожилых ветеранов и инвалидов в колясках, были также предусмотрены определенные планировочные решения. Затем были высажены цветы и травы с ароматом, а также организованы фонтанчики, установлены скамейки и беседка. М. Хеселер считает, что активное участие пациентов в этом проекте привело к существенным изменениям в среде лечебного учреждения. Кроме того, «сад стал символом общности и различий, изменений и стабильности. Он также явился своеобразным переходным объектом для пациентов и персонала в период реорганизации деятельности госпиталя, его перехода от проведения преимущественно стационарного лечения к более активным амбулаторным программам» (Хеселер, 2010, с. 52). Хотя основная арт-терапевтическая деятельность М. Хеселер в госпитале заключалась в проведении студийных занятий, она решила возглавить группы пациентов для работы в саду.

Дж. Дейвис (Davis, 1997, 1999) описывает работу с использованием ландшафтной арт-терапии с психически травмированными, бездомными женщинами на базе одного из приютов в Нью-Йорке. Прилегающий к приюту пустырь под руководством арт-терапевта постепенно был превращен женщинами в сад. Они не только сажали растения и ухаживали за ними, но и разместили в нем ряд арт-объектов, создали художественную инсталляцию.

Визуально-нарративный подход и креативная повествовательная терапия

Визуально-нарративный подход имеет значительное сходство с повествовательно-экспозиционной психотерапией как одним из ведущих психотерапевтических приемов, используемых при работе с психической травмой. Он также является примером бимодальной практики и предполагает сочетание визуально-пластической экспрессии с различными формами повествовательной активности, обычно в виде устного или письменного повествования, описывающего жизненный путь человека или его отдельные эпизоды. Визуально-пластическая экспрессия может быть представлена фотографиями, рисунками, видеозаписями. Повествовательная часть метода реализуется в форме более или менее развернутого комментария автора к фотографиям или рисункам, литературно-художественных текстов на основе изобразительной продукции (собственной или других людей) либо в форме иллюстрирования различного повествовательного материала.

Достоинство визуально-нарративного подхода заключается в возможности глубокого, опирающегося на активность самого клиента выражения и осмысления жизненного опыта. Использование данного подхода может быть связано с изложением клиентом своей личной истории, отражающей его картину мира и разные жизненные события в тесной связи друг с другом. Большое значение в рамках визуально-нарративного подхода придается рефреймингу, то есть изменению смысла различных событий в личной истории клиента, а также

жизни его семьи, рода или страны. Это позволяет найти новый ракурс восприятия жизни. Использование визуально-нарративных приемов обеспечивает психологическую интеграцию клиента, а во многих случаях – изменение и развитие его образа «я».

Одним из относительно простых видов визуально-нарративной практики является *создание коротких текстов-набросков*, например, на основе посещения определенных мест и взаимодействия с найденными объектами в ходе ландшафтной арт-терапии, а также при использовании фототерапии, в частности, ассоциативных фотографий (см. соответствующий раздел). Найденные объекты и фотографии могут выступать в качестве стимульного материала для начала внутреннего диалога, выражения воспоминаний, чувств, представлений и фантазий. Тексты-наброски могут создаваться как непосредственно во время прогулок, так и после возвращения в арт-терапевтический кабинет.

Описания могут соответствовать разным литературно-художественным жанрам. В широком диапазоне могут также варьироваться стили. Хотя стиль описаний часто отражает личностные особенности и опыт автора, его мыслительные и эмоциональные процессы, он может быть задан специалистом. Так, специалист может рекомендовать участникам занятий создать короткий текст, используя один из четырех основных нарративных стилей, связанных с разными психическими процессами.

- Интеллектуально-рефлексивный стиль предназначен для передачи идей и размышлений автора. Текст, созданный в подобном стиле, может являться рассуждением автора на определенную тему, развернутым выражением его взгляда на какую-либо проблему.

- Эмоционально-аффектированный стиль служит выражению чувств и аффектов, отличается относительно краткостью и простотой и может включать всего несколько «эмоционально-заряженных» слов или фраз.

- Интуитивный текст представляет собой поток свободных ассоциаций, воспоминаний или фантазий, иногда логически не связанных друг с другом. Нередко такой текст может казаться абсурдным, непонятным или «разорванным». В то же время при более пристальном рассмотрении он может содержать весьма интересные образы и идеи, отражать интуитивные прозрения автора и служить интеграции разнородного материала. Нередко текст, созданный в таком стиле, напоминает поэзию или произведения в жанре «потока сознания», мистические или психоделические откровения или даже психопатологическую продукцию.

- Чувственный текст описывает различные сенсорные характеристики реальности, либо непосредственно воспринимаемые в момент его создания, либо в прошлом. Такой текст может передавать «чувственную палитру» определенного места в определенный момент времени и включать обозначение слуховых, зрительных, тактильных, обонятельных, вкусовых, соматических и кинестетических феноменов.

Создание текстов-набросков также может быть связано с попыткой участников занятия письменно ответить на ряд вопросов:

- Почему я выбрал этот предмет (рисунок, фотографию)?
- Какие ассоциации, чувства, мысли, фантазии вызывает у меня данный предмет (рисунок, фотография)?
- Что бы мне хотелось сделать с этим предметом (рисунком, фотографией)?
- Как их можно было бы изменить или улучшить?
- Что бы я при этом чувствовал?
- Какое название можно было бы дать этому предмету (рисунку, фотографии)?

В отличие от текстов-набросков создание *биографических историй и дневниковых описаний* в сочетании с рисунками и фотографиями (*art journaling*) в визуально-нарративной

арт-терапии, как правило, требует больших затрат времени. Благодаря этому может быть достигнуто более полное и всестороннее отражение в тексте разных аспектов внутреннего мира участников занятий. Задачи применения данной группы визуально-нарративных техник следующие:

- развитие и укрепление биографической памяти, умения самостоятельно перемещаться по шкале времени, формируя при этом целостное представление о своей жизни;
- укрепление личных границ и идентичности;
- повышение самоуважения на основе осознания ценности личного опыта и отношений в прошлом и настоящем;
- актуализация, отреагирование и осмысление жизненного опыта, чувств и представлений;
- лучшее понимание влияния семьи, культуры и среды обитания на текущий опыт, отношения с окружающими;
- нахождение внутренних источников силы, ресурсов, связанных с семейными отношениями, природой и культурой.

Отдельные биографические описания могут «нанизываться» друг на друга, постепенно формируя «Книгу памяти» клиента. Если нет возможности для организации длительного визуально-нарративного процесса, ведущего к созданию такого развернутого текста, то участникам занятий могут предлагаться отдельные задания по созданию историй. Инструкция, используемая для создания историй на основе прогулок, может звучать по-разному. В одних случаях можно предложить участникам занятий вспомнить какую-либо жизненную ситуацию (из прошлого или настоящего), подсказанную теми местами и объектами, с которыми они сталкиваются на своем пути. При этом они могут делать зарисовки и фотографии либо забирать с собой некоторые предметы в качестве триггеров, помогающих в создании биографического текста.

При создании биографических историй можно также опираться на ведение специального дневника для записей и фотографий или зарисовок. Кроме того, в процессе работы также могут отбираться различные предметы, связанные с личной историей участников занятий. Можно начать работу с подготовки специальной тетради или альбома, в котором будет описываться прошлый и текущий опыт.

Степень обстоятельности и объем описаний участники занятий определяют сами. Наряду с тетрадью и ручкой можно пользоваться диктофоном или видеокамерой. Участники могут рассказывать или записывать свои воспоминания. Могут описываться не только сложные, травматические, но и ресурсные события, имевшие место в разные периоды жизни. Постепенно формируется хронологическая структура рассказа. Иногда участники занятий в процессе выполнения подобной работы могут обращаться к своим родственникам, прося их рассказать о том или ином событии, что помогает создавать описание. Описания могут осуществляться в домашних условиях или во время занятий.



Рис. 3. Пример дневника в виде книги, включающей рисунки, коллажи, фотографии и тексты (*art journaling*)

Определенное сходство с техникой «Книга памяти» имеет техника «Поток воспоминаний». Отличие заключается в том, что в последнем случае основной акцент переносится на работу с образами, а описания имеют менее регулярный и ограниченный по времени характер. Техника «Поток воспоминаний» рассчитана на меньшую логическую связность в передаче событий, на преобладание эмоционально-чувственного и интуитивного восприятия действительности.

Наряду с визуально-нарративными техниками при работе с постстрессовыми расстройствами используются такие виды креативной повествовательной терапии, как «экспрессивное письмо» (*expressive writing*) (Lepore, Smyth, 2002) и *поэтическая психотерапия* (*poetry therapy*) (Mazza, 1999; Stepakoff et al., 2011). Для данных видов терапии характерна ведущая роль вербальной экспрессии и представление о том, что, когда человек находит слова для выражения того, что раньше он выразить не мог, создает связный рассказ о пережитом, он из позиции жертвы переходит в позицию победителя. Важное значение при использовании креативной повествовательной терапии придается публичному предъявлению опыта переживания травмы. Как пишут С. Степаков с соавт. (2011), «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.» (Stepakoff et al., p. 128).

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.