

А. И. Копытин

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

Москва
КОГИТО-ЦЕНТР
2014

УДК 159.9
ББК 88
К 65

Все права защищены. Любое использование материалов данной книги полностью или частично без разрешения правообладателя запрещается

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*

Копытин А. И.

К 65 Методы арт-терапии в преодолении последствий травматического стресса. – М.: Когито-Центр, 2014. – 208 с.

ISBN 978-5-89353-420-7

УДК 159.9

ББК 88

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.

© Когито-Центр, 2014

ISBN 978-5-89353-420-7

Содержание

Введение	5
ГЛАВА 1. Психическая травма, постстрессовые расстройства и их лечение	7
1.1. Общее представление о психической травме и постстрессовых расстройствах	7
1.2. Методы психотерапии, применяемые при травматическом стрессе и постстрессовых расстройствах	13
1.3. Арт-терапия как одна из форм психологической помощи: общая характеристика	17
ГЛАВА 2. Методы арт-терапевтической помощи при травматическом стрессе и постстрессовых расстройствах	21
2.1. Механизмы и факторы лечебно-реабилитационного воздействия арт-терапии при травматическом стрессе и постстрессовых расстройствах	21
2.2. Методы арт-терапии и креативной терапии, применяемые при травматическом стрессе и постстрессовых расстройствах	27
2.3. Системная арт-терапия (САТ) и ее использование при травматическом стрессе и постстрессовых расстройствах	60
2.4. Общий план и программа арт-терапевтического вмешательства при переживании травматического стресса и постстрессовых расстройствах, согласно модели САТ.	73

ГЛАВА 3. Эффективность применения арт-терапии при травматическом стрессе и постстрессовых расстройствах.	92
3.1. Проблема изучения эффективности арт-терапевтических вмешательств при травматическом стрессе и постстрессовых расстройствах	92
3.2. Программа исследования	97
3.3. Исследование симптоматических и личностных показателей в динамике	108
3.4. Качество жизни как показатель эффективности арт-терапевтического вмешательства	114
3.5. Обсуждение результатов исследования терапевтической эффективности САТ	120
ГЛАВА 4. Юмор как защитно-адаптационный фактор при стрессовых и постстрессовых состояниях	124
4.1. Определение юмора, его виды и функции.	125
4.2. Связь проявлений юмора с различными ситуациями, возникающими в процессе арт-терапии	129
4.3. Исследование юмора в рисунках ветеранов боевого стресса на основе применения теста Сильвер	146
Приложение.	151
1. Арт-терапевтические приемы начальной и последующей психологической стабилизации	152
2. Арт-терапевтические приемы, направленные на содержательную переработку травматического опыта и связанных с ним эмоциональных состояний.	166
3. Арт-терапевтические приемы, направленные на переоценку травматического опыта, самовосприятия и картины мира	174
Литература.	196

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 зави-

симости от целого ряда факторов. Имеют значение не только объективные характеристики психотравмирующей ситуации, например, степень ее опасности для жизни человека или ущерба для его физического и материального благополучия, но и особенности ее субъективного восприятия, связанные с личностью, присущие ей способы переработки информации, эмоционального реагирования и поведенческие стратегии, а также социальное окружение человека.

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

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

мощь, поддерживая контакт с врачом-психиатром (психотерапевтом). Многие зависят 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 (Незنانов, Карварский, 2008, с. 42).

При затяжном или массивном 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 за-

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 (Фоа, Кин, Фридиан, 2005; Cohen, Barnes, Rankin, 1995; Van der Kolk, 1987, 1996).

Один из специализированных методов психотерапии психической травмы – *повествовательно-экспозиционная психотерапия (narrative expsive 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 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. Фoa, Т. Кин, М. Фридиан (2005) использовали различные психотерапевтические методы. Методы, основанные на погружении, вызвали переработку травматического опыта и симптомов избегания; методы, основанные на релаксации и отвлечении, были направлены на преодоление перевозбуждения. Методы группового взаимодействия способствовали улучшению межличностного взаимодействия, коммуникативных навыков и преодолению состояний агорафобии. Методы, основанные на стимуляции творчества, были направлены на повышение самооценки. Э. Фoa, Т. Кин, Ф. Фридиан подчеркивают, что такое сочетание психотерапевтических методов, в том числе методов, основанных на занятиях творчеством, позволяют воздействовать на широкий спектр различных симптомов ПТСР. Происходит снижение выраженности алекситимии, тревожности и ночных кошмаров, повышение эмоционального контроля, улучшение межличностного взаимодействия и представлений о собственном теле. При этом специалисты подчеркивают особую роль невербальной психотерапии, использования ключевых кинестетических раздражителей с целью получения доступа к воспоминаниям, а также позитивную роль занятий творчеством для преодоления чувства безнадежности и повышения самооценки.

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

- urgentный 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 рас-

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

Важным условием успешного преодоления негативных последствий психической травмы и предупреждения осложнений является контейнирование (удерживание) травматического опыта в безопасных границах и поддержание оптимального уровня психологической нагрузки. К сожалению, перенесшие психическую травму люди в силу возникающих нарушений поведения, эмоций и мышления нередко создают для себя новые небезопасные ситуации, приводящие к повторной травматизации. Им важно научиться контролировать свои реакции, развить навыки управления симптомами травматического стресса. Это будет важным условием безопасности, в особенности на начальном этапе процесса преодоления последствий психической травмы. Данная задача может решаться на основе освоения и использования приемов саморегуляции. К некоторым более часто используемым приемам такого рода относятся аутогенная тренировка по Джекобсону, ускоренная прогрессирующая релаксация, самогипноз, гипноз, аутогенная тренировка по Мюллеру–Хаггеману (Соколов, Паршин, 2013). Е. Ю. Соколов и А. Н. Паршин отмечают важную роль развития эмоционально-волевой саморегуляции у военнослужащих в качестве не только лечебного, но профилактического фактора, обеспечивающего устойчивость к боевому стрессу.

Поддержание оптимального уровня психологической нагрузки на разных этапах преодоления психической травмы связано с темпом проработки травматического опыта, который может регулироваться специалистом и согласовываться с клиентом. Во избежание осложнений и повторной травматизации целесообразно дозирование психологической нагрузки, связанное с постепенной «разблокировкой» и проработкой травматического материала. Важная роль в контейнировании и управлении травматическим материалом, а также в регулировании нагруз-

ки 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, театральные 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 последиplomной 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 лет*. 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. Разви-

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

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

Вклад психотерапевтов-психоаналитиков в развитие арт-терапии также весьма значителен. Некоторые специалисты включали в процесс психотерапевтического взаимодействия с пациентами изобразительные средства (К.Г. Юнг, М. Наумбург, М. Миллер). 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 преодоление ограничений, связанных с внешней ситуацией и способом ее восприятия личностью... Путем децентрирования мы можем выйти за пределы привычных схем мышления и поведения, связанных с восприятием «тупиковости» ситуации» (Knill et al., 2005, p. 83–84).

«Децентрирование связано с переходом к более открытой позиции, допускающей неоднозначное, неожиданное, удивительное на основе активизации творческих механизмов и „логики“ воображения. За децентрированием следует центрирование, направляемое фасилитатором для того, чтобы уравновесить восприятие. Весьма полезно начать с творческой, художественной фазы, связанной с децентрированием, прежде чем возвращаться к позиции центрирования для рассмотрения различных

перспектив развития ситуации... Однако это будет возможно лишь после того, как произойдет децентрирование. В противном случае субъект будет по-прежнему „зациклен“ на попытках достичь немедленного выхода из непереносимой ситуации, не имея на это достаточного внутреннего диапазона решений» (Knill, 2011, p. 55–56).

В арт-терапевтической литературе также упоминается об «интермодальном децентрировании» и расширении «регистра игры» («*intermodal decentering and range of play*») (Knill at 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 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, 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 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 си-

туацией 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 выразить 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 трав-

матического 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 – 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.

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.

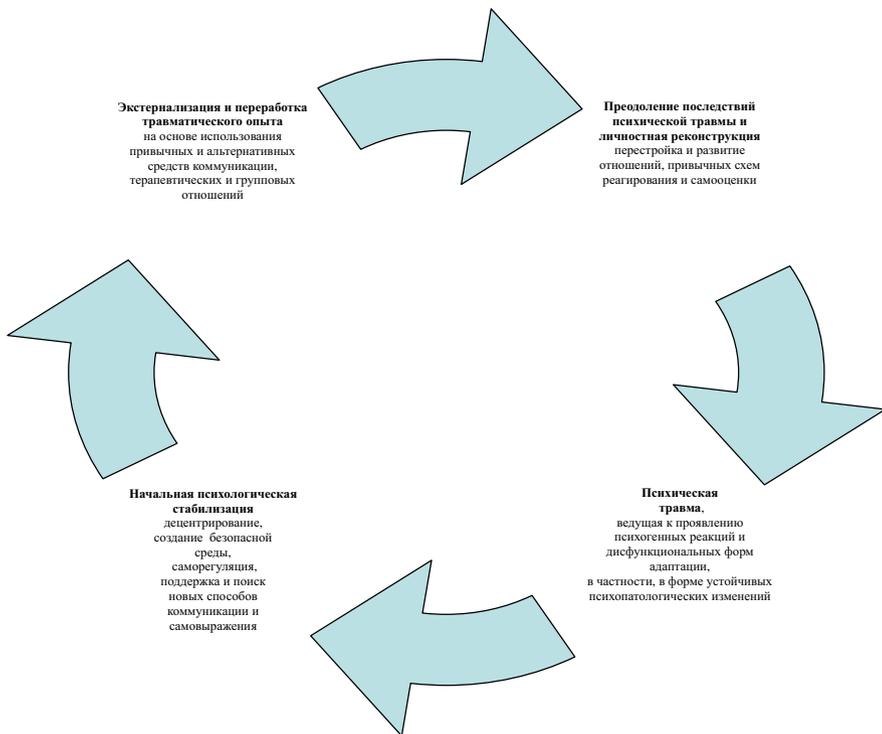


Рис. 2. Этапы оказания арт-терапевтической помощи пережившим психическую травму и связанные с ними терапевтические задачи

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 физиологических 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 обстановку 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 настроя 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 «без-

опасной» 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, внутрличностных 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 данной нейропсихологии, 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 травматического 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 вы-

полнением 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 кругу;
- 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 кругу 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 характеристикой 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. 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 ожидало и раскрепостило детей. В то же время, эта среда выполня-

ла 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 шрапнель, 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 преображают 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, листы) 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 повышает 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. Боль-

шая 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 нев-

ротическими, связанными со стрессом расстройств, может служить модель динамической психиатрии, созданная Г. Амоном в 1960–1980-е годы и воплощенная в деятельности мюнхенской клиники Ментершвайге. 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 отношении 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 учреж-

дения. 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

ем 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-аффективный 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 «нанализываться» 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

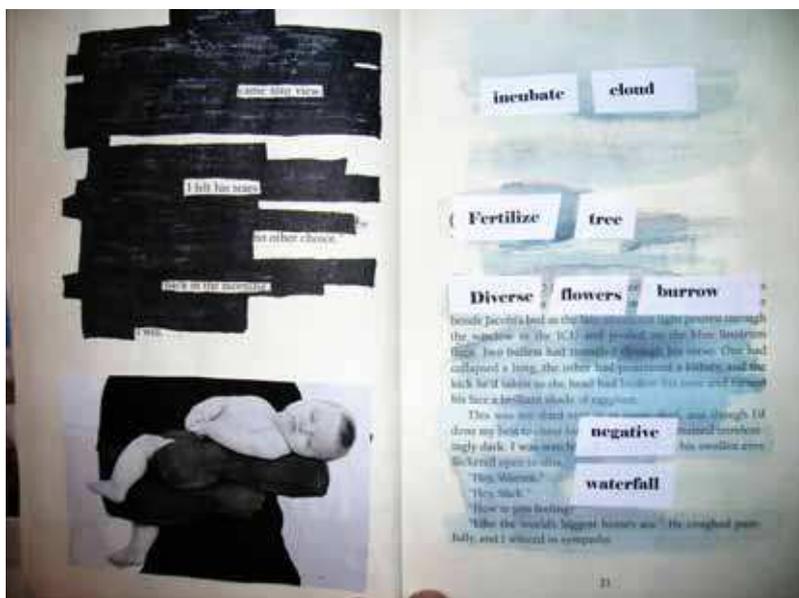


Рис. 3. Пример дневника в виде книги, включающей рисунки, коллажи, фотографии и тексты (*art journaling*)

события, что помогает создавать описание. Описания могут осуществляться в домашних условиях или во время занятий.

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, создаст 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).

На основе использования поэтической психотерапии с жертвами организованного насилия (мирным населением, пострадавшим в ходе войны в Ираке) С. Степаков с соавт. (2011) 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» (Stepakoff et al., p. 129).

Экспрессивное литературное творчество (*expressive writing*), 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 собственные тексты. Это может быть связано с ведением дневника, написанием писем (себе и воображаемому адресату) и собственно сочинением стихов (Spring, 2003).

Сочетание рецептивного и экспрессивного подходов может быть связано с тем, что клиент выбирает готовый текст и, используя его как стимульный материал, затем создает на его основе собственный. Специалист может предложить участникам занятий подобрать значимый текст и принести его на следующее занятие. Во время занятия тексты зачитываются участниками перед всей группой. После зачитывания одного текста ведущий просит участников выбрать из него одну строчку и записать ее

на отдельном листе бумаги, после чего начать развивать фразу, записывая свой текст (не обязательно рифмованный) в качестве ответной реакции.

При работе с посттравматическими состояниями выбираемые тексты должны служить решению следующих основных задач:

1. В достаточно яркой, выразительной и творческой манере выражать переживания и мысли клиента (травматический опыт).
2. Служить образцом искреннего и смелого самовыражения, чтобы помочь клиенту выразить себя с достаточной полнотой и искренностью.
3. Обеспечивать оформление трудновербализуемых переживаний, их организацию и контейнирование.
4. Служить источником эстетических переживаний, сублимации и духовной поддержки клиента, вселять в него веру и надежду (Stepakoff et al., 2011).

Пример сочетания рецептивного и экспрессивного подходов: участники занятия пишут свой текст в форме свободного письма (*free-writing*) на основе текста, выбранного психотерапевтом. Ведущий зачитывает текст, выбирает из него одну фразу, предлагает участникам ее записать и после этого записывать все, что придет им в голову в качестве ответной реакции на эту фразу. В процессе написания своего текста они не должны задумываться, останавливаться и отрывать ручку от бумаги в течение определенного времени (обычно несколько минут).

Степаков с соавт. (2011) приводят пример использования данного приема с группой лиц, пострадавших от организованного насилия во время войны в Ираке. В качестве стимульного материала для создания свободного письма было предложено четверостишие средневекового арабского поэта Аль Мутанабби:

Не все, о чем мечтает человек, она иль он способны обрести:
Ветра, что дуют над водой, не следуют желаньям парусов.

Работа группы оказалась весьма эффективной, что побудило ведущих использовать это четверостишие в работе с другими группами. Отмечался положительный психологический эффект.

Экспрессивный подход в креативной повествовательной психотерапии (в частности, поэтической психотерапии) иногда направлен на создание участниками занятий собственных текстов.

Тексты могут сочиняться не только индивидуально, но и в парах, подгруппах и всей группой, когда каждый участник предлагает свою часть текста – слово, фразу или четверостишие. Как и при использовании рецептивного подхода, экспрессивные техники делятся на направляемые специалистом и направляемые клиентом (группой). Во многих случаях экспрессивные повествовательные приемы применяются с использованием стимульного материала (отдельных слов, фраз, образов и др.). В некоторых случаях тексты создаются в ответ на определенное групповое событие – высказывание, тему группового обсуждения, а также внешнее событие (праздник, погодное явление и т. д.). Для арт-терапии также характерно использование креативного письма в качестве ответной реакции клиента на собственную изобразительную продукцию, что обеспечивает вербализацию и осознание тем и переживаний, отраженных в рисунке.

Написание писем другим и себе используется как один из видов креативной повествовательной активности. Как правило, специалист подсказывает клиенту, кому он должен адресовать такое письмо и что в нем можно выразить. С. Степаков с соавт. по-разному использовали данный прием, помогающий участникам занятий отреагировать переживания, связанные с утратами. Клиентам, например, предлагалось выразить в письме не только то, что они чувствуют в отношении воображаемого адресата, но и попытаться представить и записать, что этот человек мог бы им ответить.

«Дигитальные истории»

Сочетание визуальной экспрессии с элементами повествовательной активности отличает такой вид психотерапевтической помощи и психосоциальной поддержки, как «дигитальные истории» (ДИ) (Digital Storytelling Association, 2002), это когда клиенты передают свой опыт с использованием современной цифровой техники путем активизации познавательных и творческих процессов. ДИ представляют собой короткометражные аудиовизуальные клипы, включающие рассказ клиентов об определенной сложной жизненной ситуации (как правило, имевшей место в прошлом) и способах ее решения. С целью усиления эмоционального воздействия рассказа используется музыка. Визуальный ряд представляет собой не видеозапись, а статичные образы – обычно фотографии, хотя могут также включаться рисунки.

Благодаря использованию новых информационных технологий ДИ предоставляют дополнительные возможности для творческого самовыражения личности, позволяют донести ее позицию и жизненный опыт до разных аудиторий (людей с аналогичными проблемами, их родственников, представителей разных служб и др.) и тем самым оказывать на них влияние. Сохранение и тиражирование ДИ способствует укреплению социальных связей, научению на основе обмена опытом, формированию сетевых сообществ со значительными возможностями взаимной поддержки, повышению самооценки и более активной жизненной позиции «рассказчиков».

ДИ могут рассматриваться как вид психотерапевтического вмешательства в духе нарративной психотерапии, арт-терапии, экспрессивного письма. Работающие в этих направлениях специалисты могут использовать ДИ как одну из форм творческого самовыражения клиентов на основе использования комплекса выразительных модальностей – визуально-пластических искусств (включая фотографию), музыки, голоса, сочинения историй в сочетании с некоторыми компьютерными программами. Применение ДИ в контексте вышеназванных направлений психотерапии может предоставлять клиентам дополнительные возможности для творчества и повышать эффективность психотерапии за счет активизации целого ряда терапевтических факторов и механизмов лечебно-реабилитационного воздействия. Очень важно, что ДИ предоставляют значительные возможности для привлечения общественного внимания к социальным источникам психической травмы (политические конфликты, организованное и домашнее насилие, дискриминация определенных социальных групп и т. д.) и поиску путей их устранения.

ДИ оптимизируют процессы самовыражения и самопознания, межличностного диалога и научения, а также творческой переработки информации, что может иметь огромное значение для образовательной и лечебной (в частности, психотерапевтической) практики.

При создании ДИ должны быть соблюдены следующие условия:

1. ДИ отражает *авторский* взгляд на события. Описания фактов недостаточно; автор должен показать, почему он остановился на том или ином событии (эпизоде) в своей жизни или аспекте

системы отношений; в чем, на его взгляд, заключается проблема, как он к ней относится и в чем видит выход. В ДИ должно быть показано значение тех или иных событий и отношений для личности, полученные ею жизненные уроки. ДИ история должна быть адресована определенной аудитории.

2. Для того чтобы привлечь внимание аудитории, в начале ДИ должен быть поставлен *драматический вопрос* (Как жить с конкретной проблемой? Как ее можно было бы решить?). В конце ДИ по возможности должен быть дан ответ.
3. *Эмоциональная нагрузка* ДИ является важным фактором отреагирования переживания и удерживания внимания аудитории. Эмоциональная нагрузка выражается посредством интонации голоса, а также музыки, визуальных образов и специальных эффектов. Все эти средства должны сформировать целостную картину переживаний и передавать их динамику.
4. Важно активизировать выразительные возможности *голоса рассказчика*. Даже если сила и выразительность голоса представляются ему недостаточными, само обращение к этим средствам имеет огромную ценность. Желательно не читать текст по бумаге, а рассказать историю, возможно, выучив ее наизусть.
5. *Использование визуальных образов* (фотографий, рисунков и др.) наряду с рассказом является важнейшим выразительным элементом ДИ. Общее число иллюстраций, используемых при создании ДИ, может насчитывать несколько десятков. Они могут непосредственно отражать описываемые ситуации и отношения, являться их документальными свидетельствами либо с ними ассоциироваться, выступать инструментами символического (метафорического) «высказывания». Ведущая роль при выборе иллюстративного материала принадлежит самому рассказчику (клиенту). В то же время работающий с ним специалист может осторожно ориентировать его на использование тех или иных источников визуальной информации: личных фотодокументов, ассоциативных фотографических карт, интернет-порталов с размещенными на них фотографиями, альбомов мастеров художественной фотографии и т. д.
6. *Использование музыки (саундтрека)* в сочетании с рассказом автора очень важно. Музыка способствует структурированию повествования, обозначает его границы и выражает

эмоциональное состояние и его динамику. Она усиливает воздействие рассказа и визуальных образов на аудиторию.

7. *Экономичность*. ДИ должны быть сравнительно короткими, но в то же время достаточно содержательными, чтобы обеспечить высокий уровень внимания и вовлеченности рассказчика и аудитории. Желательно избегать чрезмерной детализации.
8. *Темп* ДИ связан со скоростью речи рассказчика, а также темповыми характеристиками музыки, количеством визуальных образов и длительностью предъявления каждого из них, а также использованием специальных визуальных эффектов. Как правило, темп ДИ сохраняется неизменным на всем их протяжении. В то же время в отдельных случаях возможно его ускорение или замедление.

Оснащение, необходимое для создания ДИ, включает: компьютер, микрофон, цифровой фотоаппарат, а также одну из следующих программ: *Microsoft MovieMaker*, *PhotoStory*, *Pinnacle Studio*, *Adobe Premiere* или их аналоги.

При создании ДИ, в особенности в рамках социотерапевтических проектов, как правило, используется личный материал участников. Выбираются завершенные ситуации либо проблемные ситуации на стадии конструктивного разрешения. Конструктивное решение проблемных ситуаций может быть связано с проявлением внутренних ресурсов личности, в частности, определенных вариантов копинг-поведения, а также с помощью со стороны близких людей и различных общественных институтов. В ходе повествования должна быть показана хотя бы минимальная положительная динамика в развитии ситуации и в отношении к ней рассказчика. Это не исключает, что некоторые ДИ могут иметь драматическое содержание, отражать психотравмирующие обстоятельства, имевшие место в прошлом и, возможно, сохраняющиеся в настоящее время. Тем не менее в ходе изложения ДИ должно быть показано определенное изменение позиции личности, ее духовный рост, восстановление и укрепление жизненных ориентиров, позитивное развитие ее отношений с внешним миром.

При использовании ДИ с психотерапевтической целью, в частности в качестве одного из вариантов визуально-нарративной психотерапии и арт-терапии, вначале работы у клиента могут быть нерешенные психологические или психосоциальные проб-

лемы. В то же время процесс создания ДИ, рассчитанный на несколько психотерапевтических сеансов и предполагающий самостоятельную творческую, рефлексивную работу клиента между сеансами, как правило, ведет к решению проблем или нахождению путей их решения в будущем, вселяет в клиента чувство надежды.

При работе с технологией ДИ должны учитываться этические и правовые нормы, предполагающие, в частности, признание созданных ДИ в качестве авторской продукции. При использовании ДИ в рамках образовательных и социотерапевтических проектов неизбежно возникает вопрос о допустимости нарушения характерной для лечебной, психотерапевтической практики нормы конфиденциальности. В случае предполагаемого тиражирования и размещения ДИ в сети, а также их демонстрации разным группам людей является обязательным заключение персонального договора и получение от создателей ДИ их информированного согласия на использование историй.

В ходе создания ДИ могут затрагиваться разные темы. Так, при создании ДИ в рамках лечебных и реабилитационных программ, рассчитанных на лиц, перенесших травматический опыт, могут затрагиваться такие темы, как:

- сохранение (восстановление) идентичности – здорового, позитивного чувства «я», самоуважения;
- сохранение или обретение смысла жизни;
- избавление от негативной идентичности (являющейся следствием психической травмы);
- преодоление клеймения (стигматизации) и самоклеймения, личностный рост (внутренние изменения);
- поддерживающие взаимоотношения;
- получение медицинской и социальной помощи, лечения;
- выздоровление, осознание того, что выздоровление возможно;
- возвращение в социум, восстановление прежнего уровня отношений и функциональных возможностей (либо выход на более высокий их уровень);
- раскрытие и реализация творческого потенциала личности как условие ее успешной психосоциальной адаптации;
- осознание и утверждение того, что сближает, объединяет людей, несмотря на существующие биологические, психологические, социокультурные различия;

- постижение, раскрытие духовной сущности человека;
- осознание и утверждение духовной культуры как основы существования (возрождения) личности и человеческого сообщества.

Техники фототерапии

В последние годы при работе с психической травмой все чаще используются техники фототерапии. Некоторые из них специально разработаны для повышения эффективности психотерапевтической помощи лицам, переживающим травматический стресс и постстрессовые расстройства за счет использования разных проективных фотоматериалов и фотосъемки. При этом фотографии выступают в качестве дополнительного средства невербальной экспрессии во взаимодействии специалиста с клиентом (Копытин, 2006; Фототерапия, 2006; Weiser, 1999). Специалист может, например, использовать личные фотографии клиента или так называемые «ассоциативные фотографии» с целью получения доступа к трудновербализуемым переживаниям и воспоминаниям, облегчения психотерапевтического диалога, создания условий для рефлексии и организации клиентского опыта. «Фотография является средством эффективной переработки травматического опыта, делая его частью истории жизни человека, когда он может поверить в то, что травма преодолена» (Halkola, 2013, p. 27).

Фотографии могут быть использованы не только в качестве стимульного материала для последующего обсуждения, но и для разных видов творческой деятельности, включая творческие повествовательные приемы, создание фотоколлажей, «графическую разработку» фотографии, фотодраму (ролевую игру и сценическую практику на основе использования фотографий). Для обозначения таких вариантов работы иногда используются специальные обозначения – *экспрессивная фототерапия* или *фото-арт-терапия*.

Широкий диапазон психотерапевтических возможностей для работы с психической травмой имеют *ассоциативные фотографии*. В качестве таковых могут выступать фотографии, созданные в соответствии с определенными психологическими критериями и предоставляемые клиенту в готовом виде. Ассоциативные фотографии, как правило, используются в виде целых наборов, включающих разное количество фотографий.

Иногда достаточно всего нескольких фотографий, чтобы обеспечить достаточно глубокое самораскрытие клиента. В то же время в большинстве случаев специалисты применяют коллекции, включающие, по меньшей мере, несколько десятков снимков. Такие коллекции могут быть построены на основе заимствованного фотоматериала – например, работ известных фотохудожников, работающих в разных жанрах фотоискусства, фотографий из журналов, а также фотоснимков, созданных самим психотерапевтом. Известны наборы фотографических ассоциативных карт, созданных психологами и врачами, занимающимися художественной фотосъемкой.

Д. Волкер (2010) считает, что применение ассоциативных фотографий является альтернативным методом исследования бессознательного, способствует преодолению защит и сопротивления, делает процесс самораскрытия клиента более безопасным. Кроме того, такие фотографии способствуют активизации воображения клиента, раскрывают его творческий потенциал и способствуют переработке информации и решению проблем на основе образного мышления. Использование ассоциативных фотографий предполагают неформальный, диалогический контекст, благодаря чему клиент может почувствовать себя более свободно, снять психологические защиты, проявить игровое, творческое начало.

При работе с психической травмой нередко используются ассоциативные фотографии под названием «Спектрокарты», созданные финским психотерапевтом У. Халкола (2011). Имеются несколько наборов «Спектрокарт». Один из них – основной набор – используется в широком диапазоне ситуации психотерапии и состоит из 75 цветных фотографий с изображением пейзажей, растений, различных природных и техногенных объектов, животных, произведений искусства (скульптур, архитектурных памятников) (рисунки 4).

Этот автор создал также несколько дополнительных комплектов фотографических ассоциативных карт. Один из них называется «Спектрокризис» и специально предназначен для работы с психической травмой. Он включает 45 фотографий провоцирующего характера (например, с изображением ножа, сексуальных символов, поврежденных объектов и др.).

Другой комплект также состоит из 45 снимков с изображением манекенов и используется в основном как стимульный мате-



Рис. 4. Примеры «Спектроарт» У. Халкола (основной набор)



Рис. 5. Примеры «Спектроарт» У. Халкола (дополнительный набор «Спектрокризис»)

риал для исследования проекций, связанных с человеческими отношениями, телесным и эмоциональным опытом клиента. Все виды «Спектроарт» могут применяться как в индивидуальной, так и в групповой и семейной психотерапии, а также в образовательной практике.

«Спектрокарты» могут использоваться в процессе психотерапии и тренинга с клиентами разного возраста и на разных этапах лечения. Одним из способов их применения является выбор участниками занятий одной или нескольких карт, ассоциирующихся с определенным событием (в частности, психотравмирующего характера), ресурсной ситуацией, прошлым, настоящим и будущим либо текущим состоянием. Иногда можно предлагать выбрать карты, которые ассоциируются с жизненными целями клиента, с тем, что его поддерживает в жизни и другими позитивными моментами прошлого и настоящего.

Карты могут выступать стимульным и конструктивным материалом для выполнения более сложных видов деятельности: проявления творческого начала, например, создания «повествований в картинках», когда участники занятий, выбирая несколько карт на основе ассоциаций с разными этапами развития какой-либо ситуации, затем организуют карты в пространстве. Способ расположения карт, как правило, линейный, хотя могут быть и иные способы визуальной организации фотоматериала, например, по кругу или по спирали, что в большей мере соответствует представлению о развитии событий.

Наряду с ассоциативными фотографиями при работе с психической травмой может быть использована *фотосъемка различных объектов и ситуаций*, в частности, с целью документирования того, что происходит с клиентом, его «заземления», восстановления биографической памяти и поддержки преемственности опыта. Создаваемые с определенной регулярностью фотографии могут выступать визуальным аналогом дневника, поддерживать рефлексивную и описательную активность клиента, сочетаться с творческим письмом и поэтической психотерапией.

Фотосъемка может проводиться клиентами как в ходе занятий, так и между ними, в качестве своеобразного «домашнего задания». Иногда такой вид деятельности занятия базируются на концепции и приемах ландшафтной арт-терапии (Копытин, Корт, 2013), способствует оживлению сенсорной и эмоциональной сфер, заблокированных в результате травмы. Для поиска и фотографирования объектов может предоставляться разное время. В одних случаях достаточно 30–60 минут. В рамках этого времени участники могут вести съемку непосредственно в кабинете или в здании, где проводятся занятия, а также перемещаться в пределах относительно ограниченного, прилегающего к нему

пространства. В других случаях для реализации творческого проекта, связанного со съемкой, может предоставляться несколько часов, дней или даже недель.

Фотосъемка может иметь свободный характер, то есть участники занятий выбирают и фотографируют все, что покажется им интересным и лишь позднее могут определить тематику фотографий. В других случаях участники занятий заранее выбирают ту или иную тему из предлагаемых ведущим занятия либо формулируют собственную тему, исходя из актуальных для себя потребностей и запросов.

М. Симмонс использовал фотосъемку в своей работе с группой детей, переживших утрату одного из близких, в качестве альтернативной (относительно традиционных форм психологической помощи в виде индивидуального консультирования и групповой терапии) формы выражения и переработки опыта горевания. Поскольку «дети и молодежь, переживая потерю и горе, часто оказываются в одиночестве... их чувства недооцениваются или игнорируются, это негативно сказывается на их отношениях с окружающими и самооценке» (Simmons, 2013, p. 61). Программа называлась «Фотографии из жизни»: дети в возрасте от 8 до 16 лет создавали фотографии, связанные с их переживаниями и воспоминаниями об умершем (погибшем) родственнике. Она включала недельный курс групповых интенсивных занятий, в ходе которых дети имели возможность преодолеть чувства одиночества и изоляции, развить навыки общения, выразить и понять свои переживания в присутствии друг друга на основе творческой фотографии. Они также делились созданными работами с близкими, что приводило к укреплению семейных связей и взаимопонимания.

Помимо тем, напрямую и или опосредованно касающихся травматического события, могут предлагаться темы, связанные с поиском ресурсов (некоторыми из них могут выступать друзья, семья, природа и т. д.). J. Weiser (1999) называет следующие ресурсные темы, обеспечивающие поддержку клиента в сложной жизненной ситуации и укрепление его веры в себя: «Мое любимое место», «Мое любимое занятие», «Мой друг», «Мой дом», «Моя работа или увлечение», «Значимый предмет в окружающей среде (например, в среде дома)», «Мои жизненные цели».

В ходе проведения съемки участники занятий иногда могут прорабатывать совместно ту или иную тему, создав пары или ми-

к로그руппы. В некоторых случаях с лечебно-реабилитационной и развивающей целью бывает очень полезно провести съемку в определенной ресурсной среде.

Завершив фотосъемку, участники занятий могут затем произвести отбор наиболее важных кадров и подготовить их к показу. Такая работа дает дополнительные возможности для осмысления и организации опыта, позволяет обозначить тему фотографий или даже ее изменить. Показу и обсуждению работ может быть посвящено отдельное занятие. В ходе обсуждения могут уточняться чувства и представления, связанные с процессом фотографирования и подготовкой экспозиции, жизненной позицией автора, его потребностями и интересами, отношением к себе и другим людям, к заявленной проблеме, природе, обществу и т.д. Наряду с развеской фоторабот в кабинете весьма интересным вариантом их предъявления является их показ с использованием мультимедиа-проектора в форме слайд-фильма. Визуальные образы могут быть дополнены музыкой или чтением текстов.

В качестве еще одной эффективной формы работы с травматическим опытом выступает метод *реконструирующей фототерапии* (Мартин, 2003; Martin, 2013), связанный с воссозданием и проигрыванием перед фотокамерой травматических событий прошлого. Как пишет Р. Мартин, «Реконструирующая фототерапия не только делает зримыми прошлые события, но и обеспечивает их изменение и трансформацию... создавая новые варианты развития и завершения ситуации. Такой интенсивный процесс затрагивает глубинный, теневой и сложный материал, который может быть удержан и контейнирован на основе консультирования, проводимого вначале и в конце процесса работы» (Martin, 2013, p. 72).

Важное значение придается телесно-ориентированным аспектам метода, связанным с тем, что клиент физически включается в построение кадра, проживает и передает разные чувства в позах, мимике и жестах и в дальнейшем имеет возможность увидеть их воплощенными в фотоматериале. Это создает богатые возможности как для конструирования реальности, так и для рефлексии, позволяет клиенту физически и эмоционально включаться в ситуации прошлого, с одной стороны, и дистанцироваться от них, с другой.

2.3. Системная арт-терапия (САТ) и ее использование при травматическом стрессе и постстрессовых расстройствах

Системная арт-терапия (САТ) – оригинальная отечественная модель арт-терапии, базирующаяся на системном и транстеоретическом подходах, биопсихосоциальной концепции болезней (состояний психосоциальной дезадаптации), психологической концепции личности как системы отношений человека с окружающей средой и концепции творчества как способа поддержания и регуляции идентичности и формы защитно-приспособительного поведения (Копытин, 2010, 2011, 2012).

САТ является комплексным видом лечебно-реабилитационного воздействия, включающим не только занятия художественным творчеством, но и межличностное взаимодействие, обсуждение продуктов творчества пациентов в контексте их проблем и системы отношений, а также применение различных психотерапевтических приемов, реализуемых на основе личностного подхода.

Процесс САТ затрагивает разные уровни биопсихосоциальной организации личности пациента: биологический, психологический и социокультурный. В рамках САТ личность рассматривается как субъект культуры – не только как ее продукт, но и как творец, участвующий в процессах культурного производства. Таким образом, используемая в САТ концепция личности как системы отношений человека с окружающей средой включает и культурологический аспект. При этом культура рассматривается в рамках САТ на основе деятельностного и семиотического подходов, признающих способность человека к творческой деятельности как значимого механизма социализации и бытия в культуре.

Используемая при разработке САТ *концепция личности* как системы отношений человека с окружающей средой также связана с признанием художественного творчества в качестве особого вида личностной активности, обладающего важной адаптационной, копинговой функцией и применяемого личностью в широком диапазоне жизненных ситуаций, включая ситуации стресса и болезни. При этом творческая деятельность понимается как вид личностной активности (копинг-стратегия), затрагивающий эмоциональную, когнитивную, поведенческую и духовную сферы личности и выполняющий важную функцию сохранения

и преобразования идентичности как динамической системы регуляции самоотношения.

Важной составной частью САТ выступает *динамическая концепция лечения* (арт-терапевтического вмешательства), предполагающая обоснование общих и специфических факторов лечебно-профилактического воздействия САТ (с точки зрения транстеоретического подхода). Используемая в САТ динамическая концепция лечения в качестве составных элементов включает:

- терапевтическую концепцию изобразительных материалов (средств);
- концепцию арт-терапевтического процесса;
- концепцию психотерапевтических и групповых отношений;
- концепцию терапевтической среды (в том числе микро- и макросоциальные отношения);
- концепцию мотивирующих факторов лечения.

Динамическая концепция лечения, согласно модели САТ, также связана с уточнением процессуально-технологических особенностей арт-терапевтического вмешательства при разных психических и соматических нарушениях и состояниях дезадаптации, тяжелых реакциях на стресс и нарушениях адаптации.

Основные отличия САТ от зарубежных и отечественных моделей психотерапии, связанных с занятиями клиентов изобразительной и иной творческой деятельностью заключаются в следующем:

- С целью определения наиболее общих факторов и механизмов лечебно-профилактического воздействия САТ использован транстеоретический подход.
- В ходе занятий применяются в основном изобразительные средства. Применение иных средств творческого самовыражения допускается главным образом в критические моменты процесса индивидуальной или групповой работы.
- С целью большей эффективности работы осуществляется фокусировка на индивидуальных и групповых мишенях, связанных с этапами лечебно-реабилитационного процесса, уровнями и стадиями терапевтических изменений, групповой динамикой и нозологией.
- Арт-терапевтическая работа имеет процессуально-ориентированный характер, синхронизирована с этапами лечебно-реабилитационного процесса в целом.

- Применяются техники разных направлений психотерапии.
- Достигается синергия с лекарственной терапией и иными терапевтическими воздействиями.
- Ведущий занятия должен иметь достаточную не только арт-терапевтическую подготовку, но и подготовку в области клинической психиатрии и психотерапии (либо медицинской психологии).

В наиболее общем виде основные теоретико-методологические элементы САТ представлены на рисунке 6.



Рис. 6. Теоретико-методологические элементы САТ

Основные принципы САТ следующие.

1. *Тесная связь с художественной практикой при допустимости использования элементов полимодальной терапии искусством.* Данный принцип САТ связан с признанием того, что именно благодаря использованию художественных средств и образов как инструментов проективно-символической коммуникации могут быть в достаточной мере реализованы специфические для арт-терапии лечебные возможности и преимущества перед другими формами лечебно-реабилитационных воздействий, созданы условия для глубокого самораскрытия пациентов и их межличностного взаимодействия. Дополнение арт-терапевтического процесса изобразительной деятельностью другими видами и техниками творческого самовыражения продиктовано необходимостью наиболее полного выражения чувств и представлений участников арт-терапевтического процесса и интенсификации межличностного взаимодействия. В то же время элементы полимодальности должны использоваться лишь с учетом динамики терапевтического и группового процессов, возможностей пациентов.
2. *Интерактивный характер занятий (преимущественно реализуемый в группе), создание условий для творческого самовыражения пациентов, их взаимодействие друг с другом и специалистом; единство и взаимодополняемость вербальной и невербальной коммуникации.* Данный принцип обособывается важной ролью межличностного взаимодействия в развитии психотерапевтических и групповых отношений, выступающих в качестве одного из факторов лечебно-реабилитационного воздействия арт-терапии. Интерактивный характер арт-терапевтических занятий связан, прежде всего, с использованием проективно-символических средств, выступающих в качестве инструментов межличностного взаимодействия, что создает условия для разнообразных и безопасных для многих пациентов триадических транзактных процессов. Дополнительным важным фактором интерактивности выступают разные ситуации, связанные с прямой речевой коммуникацией и вербальной обратной связью в ходе арт-терапевтических занятий. Благодаря единству и взаимодополняемости вербальной и невербальной коммуникации в процессе арт-терапевтических занятий обеспечивается

не только выражение различного психологического материала, но и его осознание (когнитивная проработка).

3. *Ориентация на процессы терапевтических изменений, учет их стадий и уровней.* Данный принцип обосновывается результатами транстеоретических исследований (Прохазка, Норкросс, 2005), согласно которым общая терапевтическая эффективность вмешательств независимо от системы их теоретического обоснования в значительной степени связана с наиболее общими факторами и процессуально-динамическими закономерностями в психологических реакциях участников психотерапии.
4. *Учет разных уровней биопсихосоциальной организации пациентов.* Этот принцип связан с признанием сложной, полиэтиологичной природы большинства психических расстройств и нарушений адаптации, а также опосредующих их развитие факторов. Кроме того, данный принцип обосновывается тем, что в процессе художественной практики активизируются не только разные психические, но и физические процессы, благодаря чему арт-терапия выступает не только методом психологического, но и психофизического воздействия. В процессе художественной практики могут ярко проявляться психосоматические феномены и реакции с превалированием в одних случаях психических компонентов, а в других – физических в их взаимосвязи друг с другом. Данный принцип предполагает учет этих реакций не только в целях усиления терапевтических эффектов, но и предупреждения возможных осложнений (связанных, например, с выраженной психомоторной заторможенностью депрессивного больного, соматической патологией и иными причинами).
5. *Опора на комплекс психотерапевтических факторов и механизмов* – не только на творческую активность, но и на терапевтические отношения в группе (или между психотерапевтом и пациентом в индивидуальной арт-терапии), на вербальную и невербальную обратную связь. Данный принцип обосновывается необходимостью наиболее полного использования терапевтического потенциала арт-терапии на основе активизации и проявления всех трех глобальных факторов ее лечебно-реабилитационного воздействия.
6. *Наглядно-чувственный характер деятельности и его результатов.* Данный принцип связан с признанием специфических

особенностей и преимуществ арт-терапии, таких, как ее способность воздействовать на психическую и физическую сферы, сенсорные процессы и поведение, обеспечивать мобилизацию психофизических ресурсов организма, вовлечение пациентов в созидательную предметную деятельность и процесс культурного производства и, благодаря этому повышать их заинтересованность в творческих занятиях (как во время арт-терапии, так и после нее), удовлетворенность работой и ее результатами.

7. *Ориентация на саморазвитие участников САТ* посредством творческой активности, доверие к их внутренним ресурсам и механизмам творческой адаптации с параллельным привлечением и активизацией внешних, в частности, групповых ресурсов. Данный принцип связан с признанием творческой, изобразительной деятельности в качестве универсального, свойственного всем людям (независимо от их состояния здоровья и художественной одаренности) механизма познавательной деятельности, самовыражения и взаимодействия с окружающим миром, тесно связанного с механизмами саморегуляции и психологической адаптации.
8. *Системный характер арт-терапевтических мероприятий*, который обеспечивается их синхронизацией с общим планом лечебно-реабилитационной работы с пациентом. Задачи и мишени арт-терапии (а также иных видов терапии искусством) формулируются, исходя из клинического состояния пациента, характера имеющегося расстройства, психосоциальных механизмов, затрудняющих выздоровление (стабилизацию состояния, наступление ремиссии, улучшение психосоциальной адаптации), оценки личности участников занятий. Для этого в технологической карте должен быть отражен весь перечень мероприятий, проводимых арт-терапевтическим кабинетом (арт-центром) с обязательным списком показаний по каждому мероприятию, и критериев эффективности, а также перехода к мероприятиям следующего этапа.
9. *Этапный характер арт-терапевтических мероприятий*. Этапный характер арт-терапевтических мероприятий (мероприятий, связанных с проведением разных видов терапии искусством) подразумевает соответствие их задач общим задачам лечебно-реабилитационного процесса на всех его этапах: начальном («кризисном»), лечебном и реабилитационном.

Задачи применения САТ при травматическом стрессе и пост-стрессовых состояниях следующие.

Задачи симптоматической стабилизации:

- минимизация эмоциональных, познавательных, поведенческих, соматических проявлений болезни (эмоциональная стабилизация, организация поведения и когнитивных функций и др.), доминирующих в клинической картине расстройства;
- повышение мотивации пациента к психологической работе и получению лечебных процедур, его адаптации к условиям проведения занятий;
- постепенное повышение активности и развитие интереса к окружающей среде (у пациентов с депрессивными проявлениями).

Задачи этиопатогенетической клинической психотерапии:

- осознание и коррекция дисфункциональных когнитивных, эмоциональных и поведенческих стереотипов, связанных, в частности, с дезадаптивными защитными реакциями, стойкими нарушениями в системе значимых отношений (связанных со своей социальной ролью, профессиональной и иной личностно-значимой деятельностью, семьей, обществом, прошлым и текущим опытом, будущим);
- поддержка и коррекция самоотношения, представлений пациента о себе – его образа «я» (идентичности);
- восстановление и совершенствование адаптивных моделей поведения, эффективных копинг-стратегий;
- раскрытие и проработка внутриличностного конфликта (если таковой обнаруживается);
- активизация и привлечение стабилизирующих факторов (внутренних и внешних ресурсов) пациентов;
- развитие и поддержка жизненных навыков (коммуникации, самоорганизации, саморегуляции и др.).

При наличии симптомокомплекса личностного расстройства в дополнение к данным задачам этиопатогенетической психотерапии неврозов и реакций на стресс в процессе САТ могут также решаться следующие задачи *этиопатогенетической психотерапии личностных расстройств:*

- осознание связи особенностей эмоционального реагирования в разных жизненных ситуациях и поведения клиента с присущими ему конституционально-типологическими особенностями личности (его внутренней психологической «природой»);
- изменение отношения к своим конституционально-типологическими особенностям;
- развитие более адаптивных моделей поведения и видов деятельности на основе лучшего понимания своих конституционально-типологических особенностей, ригидных поведенческих программ и связанных с ними психогенных дефензивных реакций;
- коррекция отношений пациента к своей социальной роли, труду, семье, обществу, лично-значимой деятельности на основе более дифференцированного и продуктивного использования своих конституционально-типологическими особенностями.

Дополнительно могут решаться такие задачи, как:

- поддержка и генерализация терапевтических изменений;
- повышение качества жизни.

Мишени системной арт-терапии при лечении пациентов с посттравматическими состояниями уточнялись на основе общей типологии психотерапевтических мишеней и ее использования для повышения качества психотерапевтических программ в лечении больных с невротическими расстройствами (Назыров, Логачева и др., 2011) и были разделены на несколько групп:

1. Мишени, специфичные для данной клинической группы, связанные с симптомокомплексом реакций на тяжелый стресс и нарушениями адаптации преимущественно психогенной природы, соматоформного расстройства, а также расстройства с наличием комплекса невротических проявлений, – специфический паттерн невротического регистра, охватывающий эмоциональную, когнитивную, соматическую и поведенческую сферы пациента.
2. Мишени, специфичные для феномена личности и включенные в систему механизмов биопсихосоциогенеза пограничного – невротического (невротоподобного), психогенного

расстройств или состояний декомпенсаций и вторичных психогенных реакций при личностных расстройствах:

- проблемы самооценки, неадекватное, искаженное либо противоречивое представление о себе; фрагментарность и неустойчивость внутренней картины собственной личности;
 - дефицит базового чувства благополучия, внутренней гармонии и самодостаточности;
 - недостаточность или своеобразие интериоризированных социальных норм; тенденция решать проблемы внутренней неудовлетворенности за счет активного привлечения и использования других лиц;
 - низкая способность к рефлексии;
 - дефицит социального восприятия и эмпатии;
 - неадекватное, искаженное или неполное представление о болезни (о состоянии психосоциальной дезадаптации) и механизмах ее развития;
 - внутриличностный конфликт, предполагающий столкновение разнонаправленных интересов;
 - индивидуально значимые, психотравмирующие переживания в условиях актуальной жизни;
 - стойкие нарушения саморегуляции и самоконтроля;
 - непонимание путей избегания повторения психотравмирующих ситуаций в будущем;
 - патогенные установки, интересы и убеждения;
 - незрелые, ригидные психологические защиты и неразвитые копинг-стратегии;
 - вторичная выгода болезни;
 - недостаточно развитые общие жизненные навыки (коммуникации, саморегуляции, самоорганизации) и способности решать повседневные проблемы.
3. К мишеням, специфичным для психотерапевтического процесса в целом, относятся: низкая мотивация к лечению, нарушенные или недостаточно конструктивные отношения между психотерапевтом и пациентом, между участниками психотерапевтической группы, сопротивление психотерапии и др. Хотя они также связаны с феноменом личности, их можно выделить в отдельную группу.
4. К мишеням, специфичным для арт-терапевтического процесса, можно отнести:

- тревогу и страх, связанные с изобразительной деятельностью, использованием определенных изобразительных материалов и видов работы;
 - недостаток спонтанности, связанный с повышенным самоконтролем и стремлением контролировать изобразительную деятельность;
 - установку на достижение высоких художественно-эстетических результатов; обесценивание творческих проявлений и созданной изобразительной продукции; установку на рациональное истолкование изобразительной продукции.
5. Мишени, специфичные для клинической ситуации, определяющие содержание и направление различных этапов психотерапии, включают: объективное положение пациента и отношение к нему окружающих; неразрешенная или неконструктивно решаемая психотравмирующая ситуация, а также частные факторы и механизмы социальной изоляции.

Процессуально-технологические особенности САТ, касающиеся ее применения при посттравматических расстройствах, включают:

- определение общего плана, этапов и организационной формы арт-терапевтической работы, включая разные варианты групповой арт-терапии (в зависимости от ее сроков, задач, условий проведения занятий, контингента больных и реабилитируемых, стадии и уровня терапевтических изменений, групповой динамики);
- синхронизацию общего плана арт-терапевтической работы с комплексной программой лечебно-реабилитационных мероприятий;
- определение общей нагрузки на эмоциональную, когнитивную, поведенческую и физическую (соматическую) сферы пациентов, направленности и активности коммуникативных процессов;
- выбор и комбинирование конкретных арт-терапевтических техник и приемов, что может определяться как общим планом работы, так и текущими запросами пациентов, клинической картиной психических расстройств и состоянием группы на момент начала занятия;
- уточнение общей структуры занятий и включение в них как общих для разных систем групповой психотерапии (например, определение состояния участников и группы на нача-

ло занятия, подведение его итогов и др.), так и специфических для арт-терапии (например, подготовка помещения к работе и его уборка в конце занятия) процедурных моментов;

- применение отдельных техник, связанных с разными системами психотерапии и призванных оптимизировать процессы терапевтических изменений;
- выбор и изменение стиля ведения группы в зависимости от контингента больных, этапа лечебно-реабилитационного процесса, стадии и уровня терапевтических изменений и групповой динамики;
- регулирование психотерапевтом направленности внимания пациентов, уровня психической динамики и средств арт-терапевтической экспрессии в процессе индивидуальных или групповых занятий;
- комбинирование различных средств творческого самовыражения.

Рассмотрим каждый из процессуально-технологических аспектов САТ. Общий план арт-терапевтической работы в рамках САТ подчинен цели и задачам лечебно-реабилитационного процесса в целом, а также соответствующим им задачам арт-терапии, которые в наиболее общем виде были обозначены выше применительно к стрессовым и постстрессовым расстройствам.

Сроки арт-терапевтической программы определяются с учетом стационарных или амбулаторных условий ее применения, финансовых условий, а также реалистичности решения задач планируемого вмешательства. При этом арт-терапевтическая программа может состоять из нескольких блоков, рассчитанных на разные условия применения и решение разных задач на основе преемственности общего плана работы. Арт-терапевтическое вмешательство в условиях стационарного психотерапевтического отделения с учетом ограниченности сроков лечения может, например, состоять из двух блоков. В рамках первого блока воздействие направлено главным образом на симптоматический уровень и решение тактических задач: эмоциональную стабилизацию и организацию поведения, повышение мотивации пациента к психологической работе и к получению лечебных процедур, адаптацию к условиям учреждения.

В рамках второго блока при использовании САТ при стрессовых и постстрессовых расстройствах повышается значимость задач личностной реконструкции, связанных с коррекцией не-

адекватных эмоциональных, когнитивных и поведенческих стереотипов, развитием более адаптивных моделей поведения. При успешном решении данных задач и при условии пролонгирования арт-терапевтической программы могут выдвигаться задачи поддержки и генерализации терапевтических изменений, развития комплекса жизненных навыков, достижения устойчивой психосоциальной адаптации и повышения качества жизни.

Перечень задач определяется конкретными нозологическими особенностями клиентов, а также их симптоматическим статусом. В целом арт-терапевтическое вмешательство может иметь преимущественно лечебную, реабилитационную или профилактическую направленность. В то же время задачи лечебного и реабилитационного характера могут постепенно сменять друг друга в зависимости от продвижения пациента от одного лечебно-реабилитационного этапа к другому.

Возможна разработка специальных программ арт-терапевтической помощи лицам со стрессовыми и постстрессовыми расстройствами, с конкретизацией сроков, цели и задач, содержания основных блоков и даже отдельных занятий. В то же время наличие таких программ не исключает изменения содержания блоков и занятий и корректировки сроков, с учетом текущих потребностей и состояния участников занятий.

Общая логика построения программ заключается в постепенном, учитывающем исходные возможности участников занятий и динамику группового процесса усложнении видов деятельности с повышением нагрузки на различные сферы их личностного функционирования. Возрастание нагрузки может рассматриваться в качестве одного из факторов, стимулирующих личностное самораскрытие, развитие навыков и проявление терапевтического потенциала личности и группы.

В большинстве случаев арт-терапевтические занятия будут иметь трехчастную структуру и включать:

- 1) вводную часть, предполагающую оценку состояния и запросов участников занятия на текущий момент, их «разогрев» и настрой на работу;
- 2) основную часть, связанную с выбором характера деятельности и темы или с ее корректировкой, индивидуальной или совместной творческой работой при использовании определенных изобразительных материалов, завершающуюся обсуждением произведений и процесса их создания;

- 3) заключительную часть, связанную с подведением итогов занятия, в некоторых случаях с определением плана последующей работы или с формулировкой «домашних заданий».

В некоторых случаях структура занятий может быть более сложной. Например, основная часть может предполагать смену видов деятельности, что может быть связано не только с используемыми материалами, но и модальностями творческого самовыражения (изобразительная деятельность, движение и танец, работа с повествованием и др.). В ходе занятия в некоторых случаях участники могут то погружаться в процесс индивидуального творчества, то переходить к более активному вербальному и невербальному взаимодействию друг с другом, выполняя, например, совместные творческие проекты.

Выбор и комбинирование конкретных арт-терапевтических техник и видов деятельности, а также тем для творческой работы определяется не только текущим состоянием и запросами участников занятий, но и тактическими и стратегическими задачами вмешательства. С целью большего удобства арт-терапевтические техники и виды деятельности можно разделить на несколько категорий. Критериями для деления техник и видов деятельности на категории могут являться:

- сферы личного опыта или системы отношений (например, темы «Я и моя болезнь», «Мои жизненные приоритеты», «Значимые воспоминания», «Автопортрет» и др.);
- количество пациентов, необходимое для их выполнения (индивидуальные, парные, микрогрупповые, общегрупповые техники и виды деятельности);
- направленность внимания (на события «там-и-тогда» или «здесь-и-теперь»; на внешние предметы, находящиеся в пространстве арт-терапевтического кабинета или «внутренние» объекты – фантазии с их воспроизведением в рисунке);
- ориентация на процесс изобразительного творчества и свойства материала (создание серии каракулей) или конечный продукт, воплощающий определенные представления;
- психические процессы и аспекты личностного функционирования, активизирующиеся в связи с выполнением той или иной техники или вида деятельности (сенсорные, эмоциональные, когнитивные, поведенческие);

- степень физической активности и общие затраты энергии, связанные с работой;
- изобразительные материалы, различающиеся по своим физическим и экспрессивным свойствам;
- способы работы с изобразительными материалами;
- применение тех или иных специальных технических средств (например, компьютерная графика, фотография, художественная анимация, создание мультимедийных клипов) и другие критерии.
- состав средств выразительности (помимо изобразительных средств), используемых в процессе работы над темой.

Возможно дополнение изобразительных средств иными формами творческого самовыражения.

2.4. Общий план и программа арт-терапевтического вмешательства при переживании травматического стресса и постстрессовых расстройств, согласно модели САТ

Программа арт-терапевтического вмешательства при стрессовых и постстрессовых расстройствах может быть рассчитана на индивидуальный или групповой формат работы, а также на разные сроки в зависимости от условий ее проведения. При групповом варианте САТ в ходе работы группе могут предлагаться такие темы и виды деятельности, которые направлены на снятие напряжения, достижение большей свободы творческого самовыражения (снятие «зажимов»), прояснение и коррекцию отношения пациентов к себе и другим, болезни, прошлому, настоящему и будущему и иным ключевым элементам системы значимых отношений. Рекомендуются также использовать техники, направленные на стимуляцию группового взаимодействия, прояснение и развитие групповых отношений и совершенствование различных навыков (коммуникации, планирования и реализации творческих задач и др.). Важное место в программе занимают арт-терапевтические техники, обеспечивающие развитие навыков саморегуляции. Выбор тем и техник работы в целом определяется, исходя из оценки состояния группы, этапов и задач лечения, а также мишеней воздействия.

Соответственно общей продолжительности курса арт-терапии и моменту ее начала, с точки зрения этапов развития адап-

тационных реакций и их различных исходов в результате психической травмы (см. рисунок 1), программа может состоять из нескольких этапов, каждый из которых включает те или иные техники и виды работы.

Первый этап работы в рамках программы включает начальную психологическую стабилизацию, создание безопасной среды, освоение простейших способов саморегуляции, а также поддержку и поиск новых способов коммуникации и самовыражения. Данный этап может быть рассчитан на несколько занятий. При этом участникам могут быть предложены простые виды изобразительной деятельности, например, рисование каракулей, что запускает механизм децентрирования, расширяет «регистр игры» и служит мотивирующим фактором к занятиям изобразительной деятельностью.

С целью активизации участников занятий и их контактов (при групповом варианте работы) могут предлагаться такие техники, как «Поочередное рисование. Диалог в парах без слов», «Каракули тела» (спонтанное выражение чувств на основе свободного движения руки), «Каракули с доработкой» (до законченного образа) с использованием доминантной (правой) руки, «акватипия» (созданные отпечатки с использованием стекла с предварительным нанесением на него краски).

Примером выполнения техники рисования каракулей одним из участников групповой арт-терапии, проводимой с участниками боевых действий с проявлениями посттравматического стресса, может служить рисунок 7. Иллюстрацией интерактивной техники рисования каракулей в паре с их дорисовыванием партнером является рисунок 8, созданный двумя участниками с проявлениями боевой психической травмы. В процессе работы оба мужчины отреагировали чувство напряжения, проявили чувство юмора и раскрепостились.

Использование «акватипии», как и разных вариантов рисования каракулей, обеспечивает достижение большей свободы и спонтанности в выражении чувств, активизирует творческое воображение, служит экстернализации и осмыслению внутренней картины переживаний (в том числе, связанных с психотравмирующей ситуацией), нередко блокируемых из-за страха самовыражения, неумения или нежелания психологически «обнажаться» перед окружающими. Это характерно для мужчин. Применение в работе с ними данной техники часто оказывается

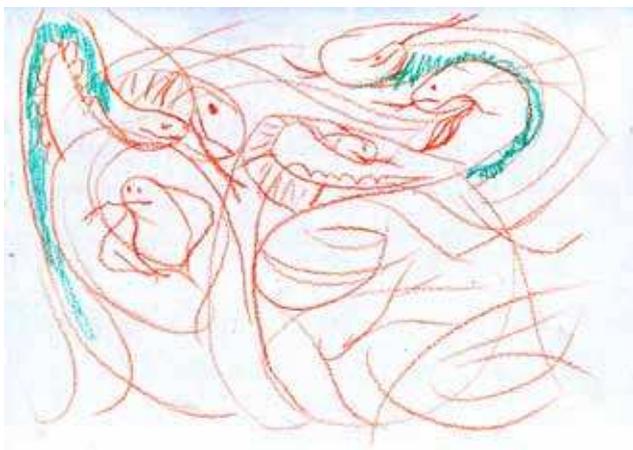


Рис. 7. Рисунок, созданный на основе рисования каракулей участником групповой арт-терапии, ветераном боевых действий с постстрессовым расстройством



Рис. 8. Пример рисунка, созданного на основе техники «Акватипия» участником групповой арт-терапии, ветераном боевых действий с постстрессовым расстройством

особенно полезным. Ниже приводятся некоторые примеры рисунков, созданных на основе техники «акватипия» участниками групповой арт-терапии, проводимой с участниками боевых действий с постстрессовыми расстройствами (рисунок 8).

С целью начальной психологической стабилизации и освоения простых способов саморегуляции могут быть использованы такие техники, как «Изображение дыхания», «Создание безопасного места», «Защитный контейнер», «Галерея исцеляющих образов» и др. (см. приложение).

Примером выполнения одной из таких техник («Защитный контейнер») может служить следующее объемное изделие (рисунок 9). Одна из участниц арт-терапевтической группы с целью стабилизации эмоционального фона и обретения самообладания визуализировала коробку, мысленно поместив в нее несколько весьма неприятных ситуаций, которые следовали одна за другой и существенно нарушили ее состояние. Перейдя к изготовлению контейнера, она сначала прорисовала несколько этих ситуаций простым карандашом на внутренней поверхности фигуры. Склеив затем коробку и прорезав два небольших отверстия (вход и выход для того, чтобы в нужный момент просматривать неприятные ситуации и извлекать из них определенные уроки), она перешла к созданию рисунков на внешней поверхности контейнера. Они представляли собой в основном циркулярные, хорошо уравновешенные формы в виде красочных мандал.

С целью начального самораскрытия и представления себя в группе участники могут использовать техники «Автограф» (на-



Рис. 9. Пример работы, созданной в технике «Защитный контейнер»



Рис. 10. Рисунок на тему «Автограф», созданный участником групповой арт-терапии, проводимой с участниками боевых действий с проявлениями посттравматического стресса

Мужчина не только написал свое имя, но и изобразил несколько символов, ассоциирующихся с его личностными ресурсами. Так, например, он создал несколько символов, связанных с его известными тезками – императором Александром, св. Александром Невским, а также Александром Македонским. Внизу он также представил два символа, связанные с некоторыми собственными творческими увлечениями (интересом к литературе и сочинением стихов) и одним из своих любимых поэтов – А. Пушкиным.

писание своего имени и метафорический образ имени, образные ассоциации, связанные с именем в виде текста и рисунка), «Изображение текущего состояния» и др. Примером выполнения техники «Автограф» одним из участников групповой арт-терапии, проводимой с участниками боевых действий с проявлениями посттравматического стресса, может служить рисунок 10.

На данном этапе работы определенное внимание может быть уделено информированию участников занятий относительно природы психогенных (связанных со стрессом) реакций и нарушений адаптации, а также механизмам саморегуляции и выздоровления. В доступной форме участникам занятий может быть предоставлена информация о связи психики и соматики, роли психоэмоциональных стрессов, соотношении положительных

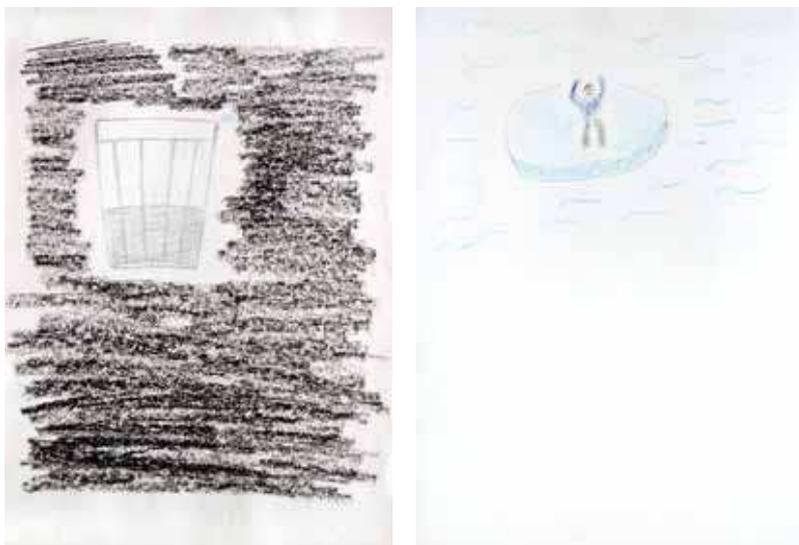


Рис. 11. Примеры рисунков, созданных на тему «Моя проблема»

На левом рисунке отражена проблема алкогольной зависимости, на втором – переживание одиночества и беспомощности.

и отрицательных эмоций в нарушении здоровья и выздоровлении, значении образной сферы и творческой деятельности для эмоционального здоровья, ответственности человека за переживание различных эмоциональных состояний.

Общая динамика данного этапа работы заключается в постепенной активизации процессов саморегуляции и самопознания. На протяжении всего этапа происходит дозированное возрастание психологической нагрузки и степени личностного самораскрытия.

Второй этап программы направлен на экстернализацию и начальную переработку травматического опыта на основе использования как более привычных, так и альтернативных средств коммуникации и терапевтических отношений. Одной из его особенностей является начальное выражение эмоционально-заряженного психологического материала с повышенным вниманием к его удерживанию и поддержанию оптимального уровня нагрузки. Это достигается за счет использования таких раскрывающих техник, как «Моя проблема (моя болезнь)»,

«Моя проблема и пути ее преодоления», «То, что меня беспокоит», «Пейзажи эмоционального состояния», «Работа с противоположными состояниями», «Работа с чувствами злости и гнева», «Отпечатки страха», с одной стороны, а также техник стабилизирующего характера, таких как «Сенсорные помощники», «Сеть поддержки», «Коробки защиты и комфорта» (см. приложение).

С целью создания более безопасной атмосферы и взаимной поддержки участников занятий на этапе начального выражения ими сложных переживаний и проблем может быть использована работа в парах. В то время как один из участников выражает свои переживания и проблемы в визуальной форме, другой вносит в его рисунок символы поддержки, в том числе пытается дорисовывать образы первого таким образом, чтобы нейтрализовать или ослабить негативные проявления, внести «ноты» надежды. Примером может служить следующий рисунок, созданный двумя мужчинами с посттравматическим расстройством, являющимся последствиями боевого стресса (рисунок 12).



Рис. 12. Рисунок с изображением проблемы одного из участников группы, включающий символы поддержки, внесенные другим пациентом

Один пациент изобразил в виде черной звезды плохо контролируемые, беспокоящие его негативные чувства. Другой преобразовал этот образ в изображение расцветающего кактуса, поместив его в горшок и дорисовав цветок.

Примером работы в технике «Пейзажи эмоционального состояния» являются два следующих рисунка (рисунки 13 и 14). По инструкции участники группы должны были создать два рисунка – один, метафорически изображающий в виде пейзажа их состояние, связанное с пребыванием в ситуации повышенного стресса, другой – постепенную стабилизацию состояния на основе внесения изменений в первый пейзаж.

При групповом характере работы определенное внимание может быть уделено поиску общих тем, связанных с универсальными, общегрупповыми психологическими феноменами. Некоторыми из них являются темы копинг-умений, саморегуляции, навыков социальной компетентности, связанных с выражением чувств и пониманием чувств других людей. Данные темы непосредственно касаются решения таких задач САТ, которые связаны с особенностями биопсихосоциогенеза психогенных расстройств и личностно-ориентированной направленностью процесса.

На этом этапе важна «дозированная» психоэмоциональная личностная нагрузка, чтобы не допустить преждевременной актуализации такой личностной проблематики, когда группа



Рис. 13. Первый рисунок, созданный в технике «Пейзажи эмоционального состояния»

Участник группы изобразил пребывание в ситуации повышенного стресса в виде горного пейзажа. Сгустилась мгла, и началась гроза. Находясь в такой обстановке, автор рисунка чувствовал, что может погибнуть.



Рис. 14. Второй рисунок, созданный в технике «Пейзажи эмоционального состояния»

На рисунке изображен тот же горный пейзаж, но грозовые тучи удаляются и появляется голубое небо. Становятся различимы такие элементы ландшафта, как зеленая растительность, морское побережье, а также несколько пещер, в которых горят костры и находятся люди. Автор сказал, что чувствует себя нашедшим укрытие в одной из этих пещер рядом с другими людьми.

еще не в состоянии ее утилизировать. Учитывая особенности контингента участников занятий, в частности, высокую чувствительность к эмоциональным стрессам и часто проявляющееся нежелание соприкоснуться с эмоционально сложным материалом, важно «не испугать» участников группы, не ухудшить их мотивацию к продолжению дальнейшей работы.

Третий, основной этап программы связан с содержательной личностной переработкой опыта психической травмы, а также с личностной реконструкцией, с перестройкой и развитием системы значимых отношений, постепенным изменением привычных схем реагирования и самооценки. В условиях арт-терапии перестройка и развитие отношений на данном этапе тесно связаны с разными формами репрезентации (образной и словесной) опыта. Принципиальное значение при этом имеет представление о том, что отношения не могут быть осознаны и изменены, пока предметы отношений не будут определенным образом репрезентированы.

Основными подлежащими репрезентированию предмета, связанными с системой значимых отношений, при этом выступают:

- личность (идентичность) участников занятий;
- их социальные роли и функции;
- их жизненные навыки (включая навыки преодоления сложных жизненных ситуаций);
- значимые другие;
- прошлое, настоящее и будущее;
- травматическое событие (опыт психической травмы) и его место в жизни;
- окружающая среда (природная, социальная, культурная среда обитания), мир в целом.

Важное значение отводится таким техникам, как «Образ Я» (Автопортрет), «Роловая карта в виде лоскутного одеяла», «Личные границы», «Забота о личных потребностях», «Жизненные навыки», «Прокладывающая путь», «Окружающая среда», «Оптимальный уровень функционирования», «Значимые отношения», «Картина мира» (см. приложение). Могут быть также использованы такие техники, как «Моя проблема (болезнь) и моя цель (жизнь без проблемы или болезни)», «Моя жизнь после выздоровления», «Что помогает мне справляться со сложными жизненными ситуациями», «Будущее». На этом этапе могут быть более активно использованы нарративные (визуально-нарративные) техники, предполагающие, в частности, создание историй из жизни участников занятий с их иллюстрированием серией рисунков, а также «дигитальных историй».

Большинство этих техник затрагивает личностную проблематику, но предполагает ее выражение и обсуждение в конструктивном ключе. Акцент делается не только на изображении и озвучивании проблемы (болезни), сколько на возможности ее решения. Участники занятий стремятся ответить на вопросы: «Какое значение для меня имело пребывание в сложной жизненной ситуации?», «Как пребывание в сложной жизненной ситуации способствовало моему развитию и раскрытию ценных человеческих качеств?», «Как и за счет чего можно решить эту проблему? Какие выгоды для организма и личности дает решение проблемы (выздоровление за счет перестройки системы значимых отношений)?»

Одним из примеров работы, направленной на отражение проблемной ситуации и ее решение, являются следующие две аппликации (рисунки 15 и 16). При выполнении задания участникам было предложено вспомнить о сложной жизненной ситуации, когда они переживали значительный стресс, а также то, как им удалось эту ситуацию преодолеть. Было рекомендовано создать две аппликации: одна должна была отражать пребывание в проблемной ситуации, другая – ее преодоление и постепенную стабилизацию состояния.

Одна из участниц группы (художница) вспомнила о ситуации, когда она взяла сложный заказ, требующий значительных творческих усилий. Шло время, но творческие идеи ей так в голову и не приходили, хотя она сказала заказчику, что заказ будет выполнен в назначенный срок. Когда до представления выполненной работы оставалось совсем немного времени, она начала беспокоиться и тревога день ото дня усиливалась. У нее



Рис. 15. Аппликация, отражающая пребывание в ситуации повышенного стресса

Женщина изобразила себя в виде фигуры красного цвета без рук и ног, сказала, что красный цвет ассоциируется со значительным внутренним напряжением. Черные кошки и коричневые птицы со всех сторон отражают ее страх того, что она не справится с ситуацией и опозорится перед заказчиком. Элементы светло-зеленого цвета отражают чувство надежды на творческое решение проблемы и возможность снятия напряжения путем общения с природой.



Рис. 16. Аппликация, отражающая преодоление стрессовой ситуации и нахождение творческого решения проблемы

Женщина изобразила себя в виде фигуры зеленого цвета с руками и ногами. Черный фон уступил место светло-зеленому. Вокруг фигуры расположены несколько окружностей с голубыми символами, напоминающими распускающиеся бутоны. Она связала их с творческими идеями, которые позволили ей создать интересную художественную продукцию.

даже нарушился сон. В определенный момент женщина решила для снятия напряжения отвлечься и совершить прогулку на природе. Ей удалось стабилизировать свое эмоциональное состояние и через некоторое время, когда она взялась за выполнение работы, ей удалось найти оригинальное решение и в срок выполнить заказ.

Примером использования визуально-нарративной техники, связанной с созданием серии рисунков и рассказа о сложной жизненной ситуации и ее преодолении, может служить работа женщины 26 лет. Свою историю она озаглавила «Когда кажется, что все пропало...»:

«Школа, в которой я училась с пятого класса, – непростое учебное заведение, это очень престижный и уникальный лицей при Институте им. Репина Академии художеств. Попастъ туда считалось большой удачей. Все, кто учились там, и я не исключение, мечтали о поступлении в Академию художеств. Вернее, нет, не мечтали, а просто не мыслили себе свой дальнейший путь по-другому. Варианты поступления в какие-то другие учеб-

ные заведения не рассматривались, все меркло перед престижем и славой Академии художеств...

Когда наступил выпускной класс, оказалось, что я нахожусь в средних рядах, среди фаворитов – отличники и дети художников, и шансов поступления у меня очень мало. Предчувствие не обмануло меня, и экзамен я провалила, моих баллов не хватило для преодоления заветной планки. Трудно описать мое тогдашнее состояние. Я чувствовала себя ничтожеством и бездарностью, мне было очень стыдно, дальнейших перспектив я не видела. Сил для продолжения борьбы не было. Я чувствовала себя полностью опустошенной...

Когда год спустя, подошла пора вступительных экзаменов, мне было настолько больно возвращаться туда, где было испытано такое глубокое разочарование, что я сделала выбор в пользу другого учебного заведения – факультета изобразительного искусства Педагогического университета им. Герцена. Сначала я считала поступление туда «ниже своего достоинства», мне казалось, что в этот вуз идут одни неудачники, ни на что больше не годящиеся.

Но затем, познакомившись поближе с людьми, которые там преподают, удивительно творческими и неординарными, поняла, что ошибалась. Я поступила в этот вуз с отличными оценками. И потом, на протяжении всего обучения, ни разу не пожалела о своем выборе. Ведь академические штудии – это еще не самое главное для того, чтобы стать интересным художником. Зачастую они просто отнимают творческую энергию и воображение. Учась на факультете изобразительно искусства, я поняла, что главное в жизни – это творчество. И не важно, в каком учебном заведении ты учишься. Прекрасное можно видеть в любом проявлении жизни и воплощать его можно любыми методами – в фотографии, рисунке, живописи, приготовлении пищи и многом другом, открывая для себя новые и новые средства. Так я перестала жалеть о том, чего не случилось в моей жизни, и начала радоваться тому, что случилось» (рисунок 17).

При работе на тему «Окружающая среда», включающей элементы ландшафтной арт-терапии, участники занятий исследуют разную среду и эффекты ее воздействия. Они учатся видеть связь между характеристиками окружающей среды и своим психоэмоциональным состоянием и физическими ощущениями. В результате этого они начинают лучше понимать, как они мо-



Рис. 17. Серия рисунков, иллюстрирующих психотравмирующую ситуацию и ее преодоление

гут повлиять на окружающую среду, чтобы она была для них более приятной и комфортной. Примером работы на данную тему может быть следующий рисунок, состоящий из двух частей (рисунки 18 и 19). На первой части рисунка изображена неприятная среда, вызывающая соответствующие физические ощущения и эмоциональные реакции, переданные в виде раскраски вну-



Рис. 18. Первая часть рисунка на тему «Окружающая среда»



Рис. 19. Вторая часть рисунка на тему «Окружающая среда»

треннего пространства стоп. На второй части рисунка передана более комфортная среда обитания и иные, более комфортные ощущения, которые она вызывает. Выполняя эту работу, участник группы сказал о том, какие конкретные действия он собирается предпринять, чтобы изменить свое состояние в желаемом направлении.

Темы самоотношения и идентичности, нахождения своего места и смысла в жизни, нахождения жизненной перспективы приобретают центральное место. Помимо использования с этой

целью некоторых вышеупомянутых техник, важное значение может иметь создание метафорического автопортрета, изображения наиболее значимых, ресурсных эпизодов жизни, своего будущего, личного герба.

«Метафорический автопортрет» – первая из ключевых тем цикла, поскольку связана с центральным элементом системы отношений личности, ее представлением о себе. Особенности создаваемой в рамках этой темы изобразительной продукции в значительной степени характеризуют успешность всего предшествующего цикла работы и имеют важную прогностическую функцию. Иногда после «Метафорического автопортрета» используется техника «Реалистического автопортрета». И тот, и другой вариант реализации автопортретной техники сопряжен со значительным самораскрытием.



Рис. 20. Пример выполнения техники «Метафорический автопортрет» одним из участников группы, ветераном войны с проявлениями постстрессового расстройства

Мужчина метафорически представил себя в образе ледокола, признав в себе такие черты, как сила воли, способность брать на себя ответственность и «прокладывать путь» в сложных жизненных обстоятельствах, опираясь главным образом на самого себя. Несмотря на то, что это часто бывает сопряжено с повышенной психоэмоциональной нагрузкой, автор работы признает, что такие качества являются ценными личностными характеристиками.

Наряду с созданием автопортрета, тема «Наиболее значимый эпизод жизни» может рассматриваться как очень важная для повышения самооценки, нахождения ресурсов и смыслов в опыте прошедшей жизни и пережитых ситуациях. Благодаря погружению в ситуацию успеха и достижений усиливается чувство гордости и сопричастности другим (при ее использовании в группе). На этом этапе происходит сближение участников и усиление сплоченности, но не за счет осознания общности проблем и болезней, как это характерно для начального «незрелого» этапа групповой работы, а на основе позитивных, здоровых, ресурсных компонентов личности.

Очень важной также является тема «Будущее». Она отражает то, насколько успешно участникам арт-терапии удалось осмыслить свой жизненный опыт, включая его проблемные стороны, и сформировать на этой основе свое представление о жизненных целях и планах на будущее (рисунки 21–22).

Тема «Личный герб и девиз» является завершающим символическим обобщением стержневых личностных характеристик и потребностей, смысловым апогеем основного этапа групповой арт-терапии. Эта единственная тема из используемых в рамках всей программы, которая разрабатывается не спонтанно, а обсуждается заранее. Ее особенность состоит также в создании текстовой части рисунка в виде личного девиза. Примером вы-



Рис. 21. Примеры работ на тему «Будущее», созданных участниками группы, ветеранами боевых действий



Рис. 22. Рисунок на тему «Личный герб и девиз», созданный участником групповой арт-терапии, проводимой с участниками боевых действий с проявлениями посттравматического стресса

полнения этой техники одним из участников групповой арт-терапии, проводимой с участниками боевых действий с проявлениями посттравматического стресса, может служить рисунок 22.

Подведение итогов и завершение программы рассчитано на последние несколько, как правило, два занятия. Эта часть программы служит обозначению основных «уроков» и открытий, связанных с предыдущими этапами, закреплению достигнутых изменений и планированию дальнейших действий, связанных с сохранением и усилением положительных эффектов работы. Важной задачей этого этапа также является выражение чувств, связанных с окончанием работы группы. При групповом варианте САТ используются такие техники, как «Метафорический портрет – пожелание» другим участникам и ведущему, поочередное рисование в парах на тему «Мой опыт групповой арт-терапии».



Рис. 23. Рисунок на тему «Картина мира»

Важное место может быть отведено работе на тему «Картина мира». Она направлена на формирование интегрированного представления о реальности на основе переработки травматического опыта и его включения в целостное представление о реальности, в которой есть место как положительным, так и отрицательным, сложным, неприятным моментам. Последние не разрушают личность, но ее «закаляют» и способствуют ее дальнейшему развитию. Примером работы на данную тему может служить следующий рисунок (рисунок 23). Он является результатом объединения двух рисунков: один отражал преимущественно негативное восприятие реальности глазами человека, недавно пережившего травматическое событие, другой его идеализированные представления о мире, где нет места злу и насилию. Однако эти два мировосприятия поначалу никак не были связаны друг с другом. В результате объединения двух рисунков – центральных фигур и их фонов – получился более сложный и вместе с тем более сбалансированный образ в виде птицы, несущей яйцо. Его нижняя часть включает фрагмент первого рисунка с использованием темно-фиолетового и черного оттенков, а верхняя, большая часть яйца и тело птицы созданы из элементов второго рисунка в образе расцветающего сада.

Нередко практикуется организация итоговой выставки работ участников программы. Она проходит в разном формате и объеме: индивидуально для каждого или совместно для всей группы в зависимости от временных границ.

ГЛАВА 3

Эффективность применения арт-терапии при травматическом стрессе и постстрессовых расстройствах

3.1. Проблема изучения эффективности арт-терапевтических вмешательств при травматическом стрессе и постстрессовых расстройствах

Одной из проблем современной арт-терапии является недостаточность ее доказательной базы, что связано с дефицитом исследований, направленных на подтверждение ее лечебно-реабилитационных эффектов и механизмов терапевтического воздействия на основе принципов доказательной медицины. Это в полной мере относится к применению арт-терапии при травматическом стрессе и постстрессовых расстройствах. Имеющиеся на сегодняшний день зарубежные публикации, отражающие опыт использования арт-терапии при таких расстройствах, имеют преимущественно описательный характер. Фокусируясь на поведенческих проявлениях, внутренних реакциях и изобразительной продукции участников занятий в качестве основного материала для оценки достигаемых эффектов, зарубежные специалисты, как правило, не используют валидных инструментов психодиагностики. Методы статистического анализа данных также не применяются. Исследования имеют преимущественно качественный, феноменологический характер.

Решение проблемы формирования доказательной базы арт-терапии посттравматических состояний тесно связано с использованием комплексных методов психодиагностики, которые позволяли бы изучать разнообразные эффекты арт-терапии. Под психодиагностикой, как известно, понимается целенаправленный процесс изучения личности во всем многообразии ее

проявлений, а также психических состояний и процессов. Психодиагностика также является одним из важных аспектов работы специалистов, занимающихся постановкой клинического и психологического диагноза и на этой основе планирующих и проводящих мероприятия лечебно-реабилитационной и профилактической направленности. Она также может являться важной функцией специалистов, проводящих арт-терапию.

Отечественная медицинская психодиагностика использует два исторически сложившихся, теоретически и практически обоснованных ведущих метода: 1) экспериментально-психологический и 2) клиничко-психологический. «Они решают основные задачи диагностики личности не только в медицине, но и в пограничных областях, опираясь при этом на теорию психологии, общую методологию медицинской психологии и клиничко-психологический опыт исследователей» (Вассерман, Трифонова, Щелкова, 2011, с. 12).

Клиничко-психологический метод весьма близок клиническому методу, «является его важной составной частью при психологически ориентированном и целенаправленном сборе анамнеза, дополненном наблюдением за поведением и коммуникативной деятельностью больных, анкетированием, анализом взаимоотношений с врачом и лечебным персоналом. Указанный метод всегда был сильной стороной высококвалифицированных врачей, он реализует глубинный, неформальный, идеографический подход к изучению целостной личности, истории ее развития и многообразных форм социального функционирования» (Вассерман, Трифонова, Щелкова, 2011, с. 12–13).

Экспериментально-психологический метод использует разнообразный методический инструментарий, в том числе тестовые методики, разработанные на основе психометрической теории, дающие возможность проводить сравнительные исследования и оценивать результаты тестирования разных категорий больных, «сопоставлять результаты клиничко-психологических соотношений в динамике лечения и реабилитации» (Вассерман, Трифонова, Щелкова, 2011, с. 13). Л. И. Вассерман, Е. А. Трифонова, О. Ю. Щелкова также отмечают, что «в адекватно организованном и научно обоснованном психодиагностическом процессе должно отражаться системное единство клинического и экспериментального, качественного и количественного, клинического и психосоциального. Только такой подход делает психодиагнос-

тику... надежным средством повышения точности и объективности клинической (в широком контексте) диагностики в ее «человеческом, личностном» измерении и оценке» (Вассерман, Трифонова, Щелкова, 2011, с. 13).

При планировании проведения САТ при посттравматических состояниях и других психогенных расстройствах, включая работу с ветеранами войн, а также изучение ее лечебных эффектов, была поставлена задача разработки комплексной арт-терапевтической психодиагностики. В качестве наиболее подходящего для планируемой программы САТ и исследования ее эффектов была использована интегративная многоуровневая процессуальная арт-терапевтическая психодиагностика (ИМПАП). Она согласуется с общей моделью САТ и соответствует традициям отечественной (в частности, санкт-петербургской) психоневрологии и клинической (медицинской) психологии, для которой характерна интеграция биомедицинского, психологического и социального измерений в изучении психических болезней и здоровья. Не случайно при обсуждении современных методов психодиагностики Л. И. Вассерман, Е. А. Трифонова, О. Ю. Щелкова применительно к практике клинической психологии используют определение многомерной личностной диагностики, ориентированной на изучение системного взаимодействия биологических, психологических (индивидуально-личностных) и социальных (социально-средовых и социокультурных) факторов болезни и здоровья (Вассерман, Трифонова, Щелкова, 2011, с. 8).

Для обозначения данной модели психодиагностики использованы такие характеристики, как «интегративная», «многоуровневая» и «процессуальная». Использование первых двух характеристик связано с тем, что предлагаемая модель психодиагностики позволяет осуществлять психологическую диагностику и оценку феноменов нескольких уровней:

- клинического, связанного с симптоматической картиной расстройства;
- личностного, связанного с системой отношений пациента;
- социального, связанного с социальными ролями и позициями участников занятий.

Проведение психодиагностики на всех этих уровнях, как на этапе планирования вмешательства, так и при его реализации, обеспечивает целостное понимание картины болезни и личности

больного. Использование такой характеристики, как «процессуальная» связано с тем, что предлагаемая модель психодиагностики используется на разных этапах планирования и реализации программы арт-терапевтического вмешательства. Во-первых, эта модель применяется на этапе предварительных организационных процедур и исходной комплексной оценки состояния и личности предполагаемых участников САТ, служа основой планирования вмешательства и определения показаний для участия пациентов в арт-терапевтической лечебно-реабилитационной программе.

Во-вторых, предлагаемая модель психодиагностики используется непосредственно в процессе реализации программы, служит текущему мониторингу психических процессов, состояния и личности участников САТ, определению ее промежуточных эффектов (немедленных и краткосрочных) и в случае необходимости корректировке программы вмешательства на уровне общей стратегии, тактики, включая различные процессуально-технологические особенности.

В-третьих, модель ИМПАП используется для оценки конечных эффектов (различных по длительности) САТ и их проявления в катамнезе. ИМПАП обеспечивает:

- во-первых, поэтапное оценивание разных психических процессов, состояний, а также личности клиента, понимаемой как система его разнообразных отношений;
- во-вторых, возможность анализа и синтеза данных, получаемых в результате применения комплекса психодиагностических инструментов, включая тестирование, беседу, анализ продуктов творческой деятельности и другие методы;
- в-третьих, непосредственное включение в терапевтическую среду, развивающиеся психотерапевтические и групповые отношения.

Используя ИМПАП, специалист на каждом этапе перемещается с симптоматического уровня (связанного с отдельными проявлениями и психическими процессами клиента) на личностный уровень (связанный с попыткой понять его как целостную личность с характерной для нее системой отношений).

Рассматривая ИМПАП с точки зрения модели САТ и составляющих ее основных теоретико-методологических компонентов, можно видеть, что каждый из двух основных компонентов

теории САТ, а именно психологическая теория личности и концепция расстройства (концепция биопсихосоциогенеза), является основой для разработки системы психодиагностических мероприятий.

Так, психологическая теория личности (включающая концепцию идентичности как динамической системы регуляции самоотношения, представление о творческой деятельности как способе поддержания и регуляции идентичности и форме защитно-приспособительного поведения, концепцию проективно-символической коммуникации и другие теоретические положения) является общей основой для использования разных методов психодиагностики, с помощью которых производится оценка следующих компонентов целостной личности:

- самоотношения, представления клиента о себе (идентичности);
- отношения к значимым другим людям;
- социальных ролей и позиций клиента как субъекта, включенного в разные социальные отношения и группы;
- опыта творческой деятельности (творческого анамнеза) и дискурсивной активности, связанных с использованием линейных и нелинейных символически-знаковых комплексов;
- значимых потребностей, установок, смыслов;
- отношения к болезни, ее лечению (к проблеме и путям ее решения-преодоления) и здоровью – внутренней картине болезни и здоровья;
- мотивации к лечению, участию в психотерапии (арт-терапии);
- отношения к психотерапевту, арт-терапевтической среде (включая разные изобразительные средства и материалы) и предлагаемым видам изобразительной деятельности;
- стадий психотерапевтических изменений (см.: Прохазка и Норкросс, 2007) и других параметров.

В свою очередь, концепция расстройства (концепция биопсихосоциогенеза) выступает основой для применения таких методов психодиагностики, с помощью которых производится оценка клинических проявлений участников САТ в динамике:

- психического состояния, когнитивных, эмоциональных процессов и поведения;
- нозологических и синдромологических особенностей;

- факторов биопсихосоциогенеза (причинных, опосредующих и пусковых факторов возникновения нарушений или проблем, включая внутриличностные факторы и конфликтные отношения);
- промежуточных и итоговых эффектов лечения и реабилитации (в том числе, арт-терапии), проявленных на уровне симптомов и разных психических процессов.

3.2. Программа исследования*

База исследования

Программа исследования эффективности САТ при постстрессовых и иных расстройствах пограничного регистра (ППР) была реализована при проведении САТ с клиентами, проходящими лечение на базе психотерапевтического отделения госпиталя ветеранов войн г. Волгограда. Отделение было основано в 1997 году указом главы Администрации Волгоградской области для проведения медико-психологической реабилитации участников боевых действий в Афганистане, в Чеченской Республике и других «горячих» точках. Отделение является структурным подразделением государственного учреждения здравоохранения – областного клинического госпиталя ветеранов войн. Психотерапевтическое отделение рассчитано на 30 коек, обслуживает все районы г. Волгограда и Волгоградской области.

Основными задачами психотерапевтического отделения госпиталя являются:

- оказание высококвалифицированной консультативно-диагностической и лечебной психотерапевтической помощи с применением современных медицинских технологий участникам боевых действий на территории РФ и других государств;
- лечение психических и неврологических осложнений основного заболевания;
- реализация мер по социальному восстановлению участников боевых действий;
- создание для пациентов отделения психотерапевтической среды с целью их скорейшего выздоровления и реадaptации.

* Исследование проводилось совместно с А. А. Лебедевым.

В психотерапевтическом отделении осуществляются консультативно-диагностические и лечебные мероприятия. Особенности данного отделения, как и других психотерапевтических отделений на базе многопрофильных и психиатрических больниц, является проведение интенсивной психотерапии пациентов с хроническими тяжелыми формами невротических расстройств, неврозами и непсихотическими психическими расстройствами на фоне органических заболеваний головного мозга. Также в отделении осуществляется лечение пациентов с пограничной патологией, сопровождающейся более выраженными, чем у пациентов психотерапевтических кабинетов поликлиник, психопатологическими нарушениями, для которых повседневное социальное окружение является условием декомпенсации их тяжелого эмоционального стресса настолько, что это делает чрезвычайно трудной или почти невозможной их амбулаторную психотерапию.

Краткий перечень расстройств, рекомендованных для лечения на базе психотерапевтического отделения госпиталя включает:

- посттравматические стрессовые расстройства;
- психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга либо соматической болезни;
- депрессивные, тревожные и фобические расстройства;
- обсессивно-компульсивные расстройства;
- реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации;
- диссоциативные (истерические) расстройства;
- неврастению;
- соматоформные расстройства;
- поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами;
- расстройства личности и поведения.

В состав психотерапевтического отделения входят: врачи-психотерапевты, врач-психиатр, медицинские психологи, медицинские сестры, санитарки.

Контингент

При разработке арт-терапевтической программы и анализе ее эффективности учитывались особенности биопсихосоциогенеза расстройств, превалирующих у пациентов отделения. Одним

из психогенных факторов развития эмоционально-стрессовых реакций и состояний дезадаптации у пациентов отделения выступает боевой стресс. Как известно, симптомы боевого стресса (проявляющиеся не менее чем в 40–80% случаев участия в боевых действиях) могут трансформироваться в ПТСР и продолжаться годы и десятилетия, накладывая отпечаток на повседневное функционирование ветеранов войн.

В то же время воздействие иных психосоциальных стрессоров, не связанных напрямую с участием в боевых действиях, также характерно для контингента больных, поступающих в психотерапевтическое отделение, многие из которых уже закончили службу в армии и должны определить свое место в жизни. Многие из них занимаются активной трудовой деятельностью, предпринимательством, создают и содержат семью. Следует также учитывать наличие у ряда пациентов отделения резидуально-органического фактора, наличие преморбидных личностных особенностей в виде акцентуаций и более выраженных личностных и поведенческих отклонений, трудностей регуляции аффектов, участвующих в патогенезе ППР, возникновении вторичных психогенных реакций.

Весьма распространенными симптомами ППР, отмечающимися у пациентов отделения, являлись: бессонница, ночные кошмары, навязчивые воспоминания, повышенная раздражительность и злобность, тревога, депрессия, сексуальные расстройства, ипохондрические и астенические проявления и аддикции.

Среди индивидуально-психологических особенностей проходящих лечение ветеранов войн часто выявляются повышенный уровень психической напряженности, эмоционально-волевая неустойчивость, затруднения аффективного контроля, трудности в межличностном общении, чувство социальной изоляции, одиночества и незащитности, неадекватные реакции на других, противоречивость и непоследовательность поведения, неадекватность самооценки, потеря смысла существования, кризисы идентичности (образа «я»), преобладание ретроспективной ориентации, неопределенность или отсутствие перспективы будущего, дефицит смысла дальнейшей жизни, нарушение иерархии ценностей, ориентация на ценности и нормы, сложившиеся в условиях боевых действий. Зачастую отмечаются также повышенная ранимость и чувствительность. По данным С. А. Колова, А. В. Остапенко, А. Г. Кривцова (2005), а также В. Я. Апчела

и В. Н. Цыгана (1999), все эти индивидуально-психологические особенности часто являются следствием подверженности стрессам боевой обстановки. В последующем личность становится более уязвимой для стрессов в повседневной жизни.

Арт-терапия начала внедряться в работу отделения начиная с 2006 года, с тех пор объем арт-терапевтических мероприятий неуклонно увеличивался. Наряду с арт-терапией в отделении используются другие методы лечения, включая психофармакотерапию, физиотерапию, различные формы индивидуальной и групповой психотерапии (в основном реконструктивной, личностно-ориентированной психотерапии, гипнотерапии, рациональной психотерапии), терапию средой и терапию занятостью.

Из более чем двухсот пациентов, принимавших участие в групповой интерактивной арт-терапии за последние несколько лет, на основе метода двойной рандомизации были выбраны 112 пациентов для участия в исследовании терапевтических эффектов САТ. Из них 62 человека вошли в экспериментальную группу и 50 человек – в контрольную. В возрастном и нозологическом плане экспериментальная и контрольные группы соответствовали друг другу. При этом пациенты контрольной группы участие в арт-терапевтических занятиях не принимали, но получали другие виды лечения (психофармакотерапию и лечение в форме индивидуальной и групповой вербальной психотерапии, терапию занятостью и средой). В дополнение к этим видам лечения пациенты экспериментальной группы участвовали в групповой интерактивной арт-терапии, проводимой в соответствии с моделью САТ. Социально-демографическая характеристика пациентов, составивших экспериментальную и контрольную группы психотерапевтического отделения госпиталя ветеранов войн, представлена в таблице 1, нозологический состав групп – в таблице 2.

Как видно из таблицы 1, средний возраст участников экспериментальной и контрольной групп составлял 38 и 35 лет, соответственно. В обеих группах преобладали мужчины.

Как следует из таблицы 2, среди пациентов психотерапевтического отделения госпиталя ветеранов войн отмечалось некоторое преобладание лиц с органическими психическими расстройствами преимущественно в форме органического эмоционально лабильного расстройства, расстройств личности и поведения, обусловленных повреждением или дисфункцией го-

Таблица 1

Социально-демографическая характеристика
больных экспериментальной и контрольной групп
психотерапевтического отделения госпиталя ветеранов войн

Признак	Пациенты, абсолютное количество и %	
	Экспериментальная группа (N=62)	Контрольная группа (N=50)
<i>Возраст:</i>		
20–29 лет	15 чел. (24%)	13 чел. (26%)
30–39 лет	29 чел. (47%)	23 чел. (46%)
40–49 лет	10 чел. (16%)	9 чел. (18%)
50 и более лет	8 чел. (13%)	5 чел. (10%)
<i>Пол:</i>		
мужской	51 чел. (82%)	41 чел. (82%)
женский	11 чел. (18%)	9 чел. (18%)
<i>Образование:</i>		
среднее и среднее специальное	27 чел. (44%)	29 чел. (58%)
высшее	31 чел. (50%)	19 чел. (28%)
незаконченное высшее	4 чел. (6%)	2 чел. (4%)

Таблица 2

Диагнозы больных, проходивших арт-терапию
на базе госпиталя ветеранов войн, согласно МКБ-10

Диагнозы и их кодирование	Пациенты, абсолютное количество и %	
	Экспериментальная группа (N=62)	Контрольная группа (N=50)
Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (F43.22, F45.3, F48.0, F43.23)	17 чел. (24%)	14 чел. (28%)
Аффективные (депрессивные) расстройства (F32.0, F32.10, F32.11, F33.01)	10 чел. (16%)	7 чел. (14%)
Органические психические расстройства (F06.6 F06.4, F06.3, F 06.2, F07.0)	35 чел. (60%)	29 чел. (58%)

ловного мозга, органического тревожного расстройства. В то же время было значительное число лиц с невротическими, связанными со стрессом, соматоформными расстройствами. Несколько

меньше среди пациентов данного отделения было лиц с аффективными расстройствами.

Методы и методики исследования

При проведении исследования эффективности САТ на базе психотерапевтического отделения госпиталя ветеранов войн использовались оба основных метода психодиагностики, традиционно применяемых в медико-психологических исследованиях – клинико-психологический и экспериментально-психологический метод, интегрированные в модели ИМПАП. Применялись следующие инструменты психодиагностики:

- симптоматический опросник SCL-90 (Derogatis, Lipman, Rickels et al., 1974);
- опросник депрессивных состояний (ОДС) (Беспалько и др., 1980; Беспалько, 2004);
- рисуночный тест Сильвер и тест «Нарисуй историю» с комплексом шкал для оценки эмоциональных и познавательных процессов, а также чувства юмора (Silver, 2002; Сильвер, Копытин, 2002);
- интегративный тест тревожности (ИТТ) (Петрова, 2007);
- торонтская алекситимическая шкала;
- тест «Самочувствие–Активность–Настроение» (САН) (Доскин, Лаврентьева, Мирошников, Шарай, 1973);
- опросник качества жизни ВОЗЖ-100 (Бурковский, Коцюбинский, Левченко, Ломаченков, 1998);
- бланк обратной связи для оценки немедленных эффектов занятия и впечатлений пациентов, включающий вербальную и графическую части;
- различные графические проективные методики, предназначенные для экспертной оценки состояния и личности участников занятий – «Четыре предмета», «Метафорический автопортрет», «Личный герб», «Жизненные цели» и др.

Таким образом, набор используемых психодиагностических инструментов включал:

- 1) методики оценки симптоматического улучшения состояния пациентов, такие как SCL-90, ИТТ, ОДС, САН;
- 2) методики, предназначенные для оценки личности пациентов, включая экспертную оценку динамики их отношений

в группе и за ее пределами, их социальных ролей и отношений, а также экспериментально-психологические методы (торонтская алекситимическая шкала, шкалы для оценки образа «я» и чувства юмора РТС, опросник качества жизни ВОЗКЖ-100, различные проективные графические инструменты для оценки разных аспектов системы отношений пациентов).

Подобное сочетание психодиагностических инструментов обеспечивало многомерность исследования, возможность измерения не только проявлений болезни в динамике, но и субъективного восприятия пациентами происходящих с ними изменений в биологическом, психологическом и социальном аспектах. Такой набор инструментов исследования был связан с гипотезой о том, что применение САТ у ветеранов войн с ППР может вызывать комплексные положительные изменения, связанные как с проявлениями болезни (симптомами), так и биопсихосоциальным функционированием участников занятий. Данная гипотеза также дополнялась предположением, что САТ вызывает целый ряд положительных изменений симптоматического и личностного уровней, которые отсутствуют либо проявляются слабее при иных лечебных воздействиях (психофармакотерапия, терапия занятостью, индивидуальная и групповая вербальная психотерапия), осуществляемых на базе психотерапевтического отделения.

Дадим краткую характеристику использованным в исследовании методикам. Большинство из них не нуждается в подробных комментариях, поскольку относительно давно применяются в нашей стране, а некоторые – и за рубежом, в клиничко-психологических исследованиях, в том числе связанных с изучением эффективности различных форм и методов психотерапии. Это относится к таким методикам, как симптоматический опросник SCL-90, опросник депрессивных состояний (ОДС); интегративный тест тревожности (ИТТ); торонтская алекситимическая шкала. В то же время некоторые методики являются сравнительно новыми, разработанными или адаптированными авторами монографии и требующими дополнительных разъяснений. Это касается главным образом графических методик, предназначенных для количественной и качественной оценки состояния и личностных характеристик пациентов.

Так, нами были использованы два рисуночных теста Сильвер – РТС и тест «Нарисуй историю» (Сильвер, Копытин, 2002; Silver, 2002), позволяющие решать разные задачи психологической диагностики:

- оценить познавательные процессы и способности, а также их динамику, связанную с возрастными изменениями, использованием разных видов лечения, применением специальных терапевтических или тренинговых программ и др.;
- оценить творческие способности и художественную одаренность, которые проявляются в более высоких показателях когнитивной успешности, связанной с переработкой визуальной информации;
- оценить текущее эмоциональное состояние и эмоциональные нарушения, прежде всего, депрессию и агрессию (включая их латентные или замаскированные варианты);
- исследование отношения испытуемых к себе (образ «я») и другим людям;
- оценка динамики изменения эмоционального состояния испытуемых, а также их отношения к себе и окружающим, связанной с их участием в различных лечебно-реабилитационных программах;
- оценка разных видов юмора как одного из значимых личностных качеств (связанных с креативностью, механизмами психологической защиты и копинга), проявляющихся при создании рисунков и историй.

Хотя одна из названных методик (РТС) включает три задания, в нашем исследовании применялось только одно – задание на воображение, которое может быть использовано для решения всего комплекса перечисленных выше психодиагностических задач. При выполнении данного задания применяются наборы стимульных рисунков, из которых испытуемые должны выбрать два и придумать, что происходит с изображенными персонажами и предметами. Затем нужно нарисовать то, что придумано. Закончив рисовать, испытуемые должны дать своему рисунку название и написать короткую историю на основе рисунка.

Созданные испытуемыми рисунки оцениваются по пятибалльной шкале с использованием трех шкал для оценки познавательных и творческих способностей и двух шкал для оценки

эмоционального содержания рисунка и шкалы оценки образа «я», а также шкалы юмора. При оценивании рисунков, таким образом, используется психометрический подход.

Другой инновационной методикой, которая была разработана А. А. Лебедевым и использована в исследовании, являлся *бланк самооценки состояния*. Бланки заполнялись всеми пациентами в начале и в конце каждого группового занятия. Бланк самооценки состояния имеет лицевую и обратную стороны, причем, верхняя часть лицевой стороны заполнялась вначале, а нижняя – в конце занятия. На лицевой стороне указывалась формальная информация (ФИО, дата, номер групповой сессии, время ее начала и окончания), а также самими пациентами давалась оценка своего состояния по трем 10-балльным шкалам (самочувствие, активность и настроение). Кроме того, на этой стороне пациенты кратко описывали свои чувства и выражали их с помощью цветов и линий (верхнее круговое поле) и путем создания метафорического образа (нижнее круговое поле).

На оборотной стороне бланка самооценки состояния перечислялись все основные виды работ в ходе текущего занятия и давалась субъективная оценка каждого фрагмента работы в плане важности, интереса и значимости для пациента, а в конце – также общая оценка занятия по пятибалльной шкале.

Дополнительно были использованы разные проективные графические методики качественного, феноменологического исследования, такие, как «Четыре предмета», метафорический автопортрет, «Личный герб», «Жизненные цели» и др., предназначенные для экспертной оценки состояния и личности участников занятий.

Для оценки «качества жизни» как меры субъективной удовлетворенности пациентов своим жизненным функционированием в разных сферах использовался *опросник качества жизни ВОЗЖ-100*. Он разработан Всемирной организацией здравоохранения и адаптирован группой сотрудников Санкт-Петербургского научно-исследовательского института им. В. М. Бехтерева (Бурковский и др., 1998). Данные, получаемые по этой методике, дополняют картину общего состояния и симптомов болезни, формируемую в результате применения прочих инструментов экспериментально-психологического и клинико-психологического исследования.

Опросник измеряет качество жизни, связанное со здоровьем. Он специально разработан таким образом, чтобы быть чувствительным к изменениям состояния здоровья индивида, что особенно важно для оценки результатов лечебной работы. Его содержание фокусируется на тех аспектах жизненного благополучия, которые могут претерпевать изменения в результате как заболелания, так и лечения и разных форм психотерапии и психосоциальной поддержки.

Он является многомерным инструментом, позволяющим определить оценку (слово оценку убрать) качества (качество) жизни респондента в целом и степень его удовлетворенности отдельными сферами и субсферами жизни. Он покрывает полный спектр функций, которые относятся к качеству жизни. С помощью опросника осуществляется оценка шести крупных сфер качества жизни: физические функции, психологические функции, уровень независимости, социальные отношения, окружающая среда и духовная сфера, а также напрямую измеряется восприятие респондентом своего качества жизни и здоровья в целом. Выбор именно этих сфер основан на литературных данных, которые демонстрируют их универсальность, с одной стороны, и достаточно четкое отличие этих сфер друг от друга, с другой. Внутри каждой из сфер выделяется несколько составляющих ее субсфер, связанных с более узкими и конкретными аспектами жизни, с состоянием здоровья индивида и терапевтическими вмешательствами.

Характеристика арт-терапевтического вмешательства

Исследование эффективности арт-терапии при посттравматических состояниях и иных пограничных психических расстройствах (ППР) проводилось на основе применения краткосрочной программы групповых занятий, разработанной в соответствии с моделью САТ. Основные этапы этой программы и спектр применяемых методик и тем для работы были представлены в предыдущей главе. Программа выступала в качестве инновационного компонента в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий, применяемого с целью повышения их эффективности. При разработке программы были учтены:

- особенности контингента больных, состоящего в основном из пациентов с невротическим регистром расстройств, муж-

чин относительно молодого возраста, принимавших участие в боевых действиях на территории РФ и за рубежом и подвергшихся боевому стрессу;

- условия лечения, связанные с проведением САТ в рамках сравнительно короткого курса стационарного лечения на базе психотерапевтического отделения госпиталя ветеранов войн.

С учетом ограниченности сроков стационарного лечения (до 1,5 месяцев) предусматривалось проведение трех–четырёх арт-терапевтических занятий в неделю, поэтому программа в целом включала до 12–16 сеансов. В занятиях обычно принимали участие 5–8 человек. Группы на начальном этапе работы имели полукруглый характер, затем состав участников практически не менялся.

Групповые занятия, как правило, продолжались от двух до двух с половиной часов и имели трехчастную структуру. Психотерапевт занимал мягко директивную позицию, поддерживая общую структуру занятий, предлагая те или иные виды деятельности и темы для работы, предоставляя информацию и организуя групповые обсуждения. В то же время он проявлял гибкость и готовность учесть текущие потребности участников.

В ходе работы группе предлагались темы и виды деятельности, которые были направлены на снятие напряжения, достижение большей свободы творческого самовыражения (снятие «зажимов»), прояснение и коррекцию отношения пациентов к себе и другим, болезни, прошлому, настоящему и будущему и иным ключевым элементам системы значимых отношений. Кроме того, используются техники, направленные на стимуляцию группового взаимодействия, прояснение и развитие групповых отношений и совершенствование различных навыков (коммуникации, планирования, реализации творческих задач и др.).

Важное место в работе группы занимали арт-терапевтические техники, обеспечивающие развитие навыков саморегуляции. Некоторые из них служили инструментом глубинно-психологической диагностики, обеспечивая доступ к неосознаваемому психическому материалу, вскрытие и разрешение внутриличностных конфликтов. Выбор тем и техник работы определяется с учетом состояния группы, этапов и задач лечения, а также мишеней воздействия (которые представлены в соответствующем разделе).

3.3. Исследование симптоматических и личностных показателей в динамике

Сравнение фоновых данных экспериментально-психологического исследования в экспериментальной и контрольной группах показало отсутствие статистически значимых различий, что свидетельствует о сходстве их исходных клинических и психологических характеристик (таблица 3).

В обеих группах фоновые показатели существенно превышали нормальные значения, что указывает на тяжесть клинических проявлений у пациентов обеих групп. Так, исследование симптоматического статуса с помощью методики SCL-90 выявило отклонение исходных показателей в обеих группах от уровня нормативных значений от 153% до 313%. Наиболее выраженное превышение нормальных уровней отмечалось по шкалам тревоги, соматизации, психотизма, враждебности и по дополнительной шкале.

Согласно данным применения ОДС-2, в обеих группах отмечался повышенный уровень депрессивности. Детальный анализ показателей шкалы «Депрессия–Норма» в экспериментальной группе выявил наличие в момент первичного тестирования 35 человек, чьи оценки соответствовали депрессивному уровню.

Общие показатели ситуативной и личностной тревожности и показатели большинства шкал Интегративного теста тревожности в момент первичного обследования обеих групп указывали на повышенный уровень как ситуативной, так и личностной тревожности. Особенно высокими оказались показатели по шкалам эмоционального дискомфорта, астенического компонента тревоги, а также негативной оценки перспектив по данным ИТТ-СТЛ и ИТТ-СТС в обеих группах. Субъективная оценка пациентами обеих групп самочувствия, активности и настроения, согласно тесту САН, была невысокой.

Пациенты в обеих группах изначально также характеризовались повышенным уровнем алекситимии (согласно данным торонтской алекситимической шкалы), а также преобладанием негативного эмоционального содержания рисунков и негативного образа «я», согласно тестам Сильвер.

Сравнение фоновых данных и данных повторного тестирования, проведенного в обеих группах через месяц, выявило положительную динамику, однако в экспериментальной груп-

Таблица 3
Фоновые показатели в экспериментальной
и контрольной группах

Методики	Экспериментальная группа М±m	Контрольная группа М±m
<i>SCL-90:</i>		
Соматизация	1,11 ± 0,09	1,10 ± 0,09
Обсессивность–Компульсивность	1,21 ± 0,19	1,18 ± 0,10
Интерперсональная чувствительность	1,04 ± 0,10	1,02 ± 0,10
Депрессия	1,05 ± 0,10	1,00 ± 0,09
Тревога	1,06 ± 0,10	1,07 ± 0,12
Враждебность	1,09 ± 0,11	1,17 ± 0,13
Фобическая тревога	0,56 ± 0,09	0,56 ± 0,08
Паранойдное мышление	0,83 ± 0,10	0,94 ± 0,12
Психотизм	0,60 ± 0,08	0,56 ± 0,08
Дополнительные пункты	1,20 ± 0,11	1,23 ± 0,11
GSI	0,99 ± 0,08	0,99 ± 0,08
PSI	49,74 ± 2,86	53,91 ± 3,32
PDSI	1,71 ± 0,07	1,60 ± 0,06
<i>ОДС-2 (Т-показатели):</i>		
Шкала «Норма–Депрессия»	79,76 ± 3,07	81,32 ± 3,51
Шкала «Эндогенная–Невротическая депрессия»	40,73 ± 1,50	42,52 ± 1,96
<i>ИТТ-СТЛ (личностная тревожность):</i>		
ОБЩ		
ЭД	7,57 ± 0,23	7,48 ± 0,24
АСТ	7,74 ± 0,19	7,56 ± 0,27
ФОБ	7,29 ± 0,25	7,67 ± 0,34
ОП	5,95 ± 0,29	5,30 ± 0,44
СЗ	7,40 ± 0,27	7,41 ± 0,24
<i>ИТТ-СТС (ситуативная тревожность):</i>		
ОБЩ		
ЭД	6,64 ± 0,31	6,33 ± 0,44
АСТ	5,88 ± 0,35	5,67 ± 0,48
ФОБ	6,76 ± 0,34	6,93 ± 0,40
ОП	5,05 ± 0,39	5,30 ± 0,42
ОП	7,19 ± 0,32	6,48 ± 0,41
СЗ	5,29 ± 0,40	5,52 ± 0,43
<i>Торонтская алекситимическая шкала</i>	66,04 ± 2,33	70,47 ± 2,40
<i>Тест САИ</i>		
Самочувствие	3,75 ± 0,15	3,77 ± 0,20
Активность	3,82 ± 0,13	3,94 ± 0,19
Настроение	4,13 ± 0,15	4,14 ± 0,21
<i>Рисуночные тесты Сильвер:</i>		
Шкала эмоционального содержания	2,89 ± 0,22	2,60 ± 0,76
Шкала оценки образа «Я»	3,26 ± 0,17	3,20 ± 0,65
Способность выбирать	3,67 ± 0,08	4,00 ± 0,13
Способность комбинировать	4,22 ± 0,1	4,50 ± 0,14
Способность представлять	3,69 ± 0,12	4,09 ± 0,16
Общая оценка по когнитивным шкалам РТС	11,69 ± 0,23	12,55 ± 0,33

Примечание: ОБЩ – общий показатель тревожности; ЭД – эмоциональный дискомфорт; АСТ – астенический компонент; ФОБ – фобический компонент; ОП – оценка перспективы; СЗ – социальная защитная реакция (социофобия); * – различие достоверно при $p < 0,05$.

пе за этот период изменения оказались более выраженными. При повторном применении SCL-90 выявлено, что положительные изменения в экспериментальной группе были более выраженными, составляя от 41% до 52% от уровня исходных значений по всем шкалам, а по шкале параноидного мышления – 62%. В контрольной группе снижение показателей от уровня исходных значений было менее значительным (таблица 4).

Сравнение фоновых показателей ОДС-2 с данными, полученными через полтора месяца, в экспериментальной группе показало выраженную динамику по обеим шкалам (с вероятностью ошибки $p < 0,001$ и $p < 0,01$). Если средний показатель по шкале «Депрессия–Норма» снизился до уровня нормы, то показатель по шкале «Эндогенная–Невротическая депрессия» возрос. В то же время средний показатель по данной шкале как при первичном, так и повторном тестировании попадал в зону неопределенных значений.

В контрольной группе достоверное отличие от исходных значений (при $p < 0,05$) отмечено только по шкале «Депрессия–Норма», но при этом полученный средний показатель оказался в депрессивном диапазоне. Показатель по шкале «Эндогенная–Невротическая депрессия», как и в экспериментальной группе, попадал в зону неопределенных значений. Однако его повышение от уровня исходных значений было статистически недостоверным.

При значительном снижении депрессивных проявлений у большинства участников экспериментальной группы за период арт-терапевтической работы произошло некоторое усугубление симптомов эндогенной депрессии у ряда пациентов. Эти результаты могут указывать на сохранение у них симптомов эндогенной депрессии как в экспериментальной, так и в контрольной группе, несмотря на проводимое лечение.

Сравнение результатов двух тестирований с использованием ИТТ в экспериментальной группе показало выраженную положительную динамику всех показателей ситуативной и личностной тревожности (с вероятностью ошибки $p < 0,001$), за исключением показателей шкалы, характеризующей социальные защитные реакции (социофобии) ($p < 0,05$ для ситуативной и $p > 0,05$ – для личностной тревожности).

В контрольной группе динамика показателей менее выражена. Достоверные различия показателей первичного и повторного

Таблица 4

Изменение показателей SCL-90 в экспериментальной и контрольной группах в динамике

Шкалы и индексы SCL-90	Экспериментальная группа		Контрольная группа	
	Исходные показатели M ± m	Показатели спустя месяц M ± m	Исходные показатели M ± m	Показатели спустя месяц M ± m
Соматизация	1,11 ± 0,09	0,56 ± 0,07	1,10 ± 0,09	0,62 ± 0,08
Обсессивность–Компульсивность	1,21 ± 0,10	0,63 ± 0,08	1,18 ± 0,10	0,79 ± 0,10
Интерперсональная сенситивность	1,04 ± 0,10	0,55 ± 0,07	1,02 ± 0,10	0,70 ± 0,11*
Депрессия	1,05 ± 0,10	0,47 ± 0,07	1,00 ± 0,09	0,67 ± 0,10*
Тревога	1,06 ± 0,10	0,44 ± 0,07	1,07 ± 0,12	0,61 ± 0,10
Враждебность	1,09 ± 0,11	0,45 ± 0,07	1,17 ± 0,13	0,73 ± 0,13*
Фобическая тревога	0,56 ± 0,09	0,28 ± 0,07*	0,56 ± 0,08	0,34 ± 0,08
Параноидное мышление	0,83 ± 0,10	0,51 ± 0,07*	0,94 ± 0,12	0,61 ± 0,11*
Психотизм	0,60 ± 0,08	0,26 ± 0,06	0,56 ± 0,08	0,40 ± 0,08
Дополнительные пункты	1,20 ± 0,11	0,58 ± 0,10	1,23 ± 0,11	0,66 ± 0,09
GSI	0,99 ± 0,08	0,48 ± 0,06	0,99 ± 0,08	0,62 ± 0,09
PSI	49,74 ± 2,86	31,26 ± 3,13	53,91 ± 3,32	38,41 ± 4,44
PDSI	1,71 ± 0,07	1,29 ± 0,04	1,60 ± 0,06	1,32 ± 0,05

Примечание: * – различие достоверно при $p < 0,05$.

Таблица 5

Изменение показателей Интегративного теста тревожности в экспериментальной и контрольной группах в динамике

Общие показатели и шкалы ИТТ СТЛ и СТС	Экспериментальная группа		Контрольная группа	
	Исходные показатели M ± m	Показатели спустя месяц M ± m	Исходные показатели M ± m	Показатели спустя месяц M ± m
ИТТ СТЛ (личностная тревожность):				
ОБЩ	7,72 ± 0,19	4,44 ± 0,38	7,69 ± 0,23	6,56 ± 0,36*
ЭД	7,90 ± 0,16	4,88 ± 0,32	7,63 ± 0,26	6,38 ± 0,37
АСТ	7,38 ± 0,22	4,96 ± 0,35	7,66 ± 0,29	6,59 ± 0,36*
ФОБ	6,06 ± 0,27	3,54 ± 0,37	6,16 ± 0,30	5,31 ± 0,37
ОП	7,64 ± 0,21	5,00 ± 0,36	7,25 ± 0,25	6,34 ± 0,36*
СЗ	5,00 ± 0,36	4,00 ± 0,42	5,81 ± 0,42	4,31 ± 0,44
ИТТ СТС (ситуативная тревожность):				
ОБЩ	6,60 ± 0,29	3,58 ± 0,35	6,69 ± 0,35	5,28 ± 0,46*
ЭД	5,54 ± 0,33	3,50 ± 0,30	5,84 ± 0,38	4,91 ± 0,44
АСТ	6,80 ± 0,27	4,10 ± 0,37	7,13 ± 0,38	5,34 ± 0,43
ФОБ	5,18 ± 0,36	3,04 ± 0,34	5,41 ± 0,31	4,34 ± 0,46*
ОП	7,12 ± 0,32	4,82 ± 0,38	6,63 ± 0,34	5,88 ± 0,41
СЗ	5,42 ± 0,39	4,16 ± 0,36*	5,78 ± 0,42	5,16 ± 0,41

Примечание: * – различие достоверно при $p < 0,05$.

тестирования касаются общего показателя тревожности, а также астенического и фобического компонентов тревоги для ситуативной тревожности и шкал, характеризующих эмоциональный дискомфорт, астению и оценку перспектив – для личностной тревожности. По другим шкалам различия недостоверны ($p > 0,05$) (таблица 5).

Сравнение результатов применения теста САН выявило положительную статистически значимую динамику всех трех показателей в экспериментальной и контрольной группах (таблица 6).

Показатели алекситимии при повторном тестировании в экспериментальной группе снизились относительно исходных значений, в то время как в контрольной группе они остались на прежнем уровне (таблица 7).

Сравнение фоновых показателей теста Сильвер с данными, полученными спустя месяц, выявило выраженную положи-

Таблица 6
Изменение показателей теста САН в динамике

	Экспериментальная группа		Контрольная группа	
	Исходные показатели M ± m	Показатели спустя месяц M ± m	Исходные показатели M ± m	Показатели спустя месяц M ± m
Самочувствие	3,82 ± 0,16	5,39 ± 0,11	3,68 ± 0,14	5,01 ± 0,14
Активность	3,90 ± 0,14	5,22 ± 0,12	4,02 ± 0,17	4,54 ± 0,17*
Настроение	4,18 ± 0,14	5,48 ± 0,12	3,95 ± 0,16	4,77 ± 0,18

Примечание: * – различие достоверно при $p < 0,05$.

Таблица 7
Изменение показателей торонтской алекситимической шкалы в экспериментальной и контрольной группах в динамике

	Экспериментальная группа		Контрольная группа	
	Исходные показатели M ± m	Показатели спустя месяц M ± m	Исходные показатели M ± m	Показатели спустя месяц M ± m
Торонтская шкала	66,04 ± 2,33	63,32 ± 2,35*	70,47 ± 2,40	70,53 ± 2,53

Примечание: * – различие достоверно при $p < 0,05$.

тельную динамику показателей всех шкал в экспериментальной группе и отсутствие статистически значимых изменений – в контрольной группе. Хотя в контрольной группе был отмечен некоторый рост показателей шкалы эмоционального содержания рисунков и шкалы образа «я», он не достигал статистически значимого уровня (таблица 8). В экспериментальной группе отмечено статистически значимое повышение показателей по шкале эмоционального содержания рисунков и шкале оценки образа «я», а также трем когнитивным шкалам.

Сопоставление тестовых показателей в экспериментальной и контрольной группах с использованием критерия Манна–Уитни, полученных через месяц после начала лечения, указывает на появление статистически значимых различий между группами по многим параметрам (таблица 9). Наиболее выраженные статистически значимые различия касаются показателей тревожности (согласно данным ИТТ), депрессии (согласно ОДС-2), субъективной оценки пациентами активности и настроения (со-

Таблица 8
Изменение показателей РТС
в экспериментальной и контрольной группах в динамике

Шкалы РТС	Экспериментальная группа		Контрольная группа	
	Исходные показатели M ± m	Показатели спустя месяц M ± m	Исходные показатели M ± m	Показатели спустя месяц M ± m
Шкала эмоционального содержания	3,03 ± 0,12	3,42 ± 0,13*	2,64 ± 0,21	3,05 ± 0,19
Шкала оценки образа «я»	3,13 ± 0,09	3,56 ± 0,09*	3,09 ± 0,15	3,23 ± 0,16
Способность выбирать	3,67 ± 0,08	4,49 ± 0,07	4,00 ± 0,13	4,05 ± 0,14
Способность комбинировать	4,22 ± 0,1	4,69 ± 0,08	4,50 ± 0,14	4,45 ± 0,13
Способность представлять	3,69 ± 0,12	4,62 ± 0,07	4,09 ± 0,16	4,14 ± 0,16
Общая оценка	11,69 ± 0,23	13,82 ± 0,16	12,55 ± 0,33	12,68 ± 0,31

Примечание: * – различие достоверно при $p < 0,05$.

гласно тесту САН), показателей алекситимии (согласно торонтской шкале), а также когнитивных и эмоциональных показателей РТС. Показатели симптоматических и личностных психодиагностических методик в экспериментальной группе оказались более благоприятны по сравнению с контролем. Симптоматические различия между группами по данным применения теста SCL-90 менее значительны и касаются лишь двух из 14 шкал теста – депрессии и враждебности.

3.4. Качество жизни как показатель эффективности артерепевтического вмешательства

Сравнение фоновых показателей опросника качества жизни показало статистически достоверные различия между группами по субсферам физической безопасности и защищенности (F16) и духовности/религии/личных убеждений (F24). Показатели в экспериментальной группе более высоки, чем в контрольной. Высоким в экспериментальной группе также являлся показатель качества жизни, связанный с духовной сферой (VI). При этом

Таблица 9

Сравнение показателей тестов в экспериментальной и контрольной группах через месяц после начала лечения

Методики	Экспериментальная группа М ± m	Контрольная группа М ± m
<i>SCL-90</i>		
Соматизация	0,56 ± 0,07	0,62 ± 0,08
Обсессивность/Компульсивность	0,63 ± 0,08	0,79 ± 0,10
Интерперсональная чувствительность	0,55 ± 0,07	0,70 ± 0,11
Депрессия	0,47 ± 0,07	0,67 ± 0,10*
Тревожность	0,44 ± 0,07	0,61 ± 0,10
Враждебность	0,45 ± 0,07	0,73 ± 0,13*
Фобическая тревога	0,28 ± 0,07	0,34 ± 0,08
Параноидное мышление	0,51 ± 0,07	0,61 ± 0,11
Психотизм	0,26 ± 0,06	0,40 ± 0,08
Дополнительные пункты	0,58 ± 0,10	0,66 ± 0,09
GSI	0,48 ± 0,06	0,62 ± 0,09
PSI	31,26 ± 3,13	38,41 ± 4,44
PDSI	1,29 ± 0,04	1,32 ± 0,05
<i>ОДС-2 (Т-показатели)</i>		
Шкала «норма-депрессия»	66,18 ± 2,59	73,69 ± 3,05
Шкала «Эндогенная Невротическая депрессия»	47,12 ± 1,46	45,22 ± 2,03
<i>ИТТ-СТЛ (личностная тревожность)</i>		
ОБЩ	4,44 ± 0,38	6,56 ± 0,36
ЭД	4,88 ± 0,32	6,38 ± 0,37
АСТ	4,96 ± 0,35	6,59 ± 0,36
ФОБ	3,54 ± 0,37	5,31 ± 0,37
ОП	5,00 ± 0,36	6,34 ± 0,36
СЗ		
<i>ИТТ-СТС (ситуативная тревожность)</i>	4,00 ± 0,42	4,31 ± 0,44*
ОБЩ	3,58 ± 0,35	5,28 ± 0,46
ЭД	3,50 ± 0,30	4,91 ± 0,44
АСТ	4,10 ± 0,34	5,34 ± 0,43
ФОБ	3,04 ± 0,34	4,34 ± 0,46
ОП	4,82 ± 0,38	5,88 ± 0,41
СЗ	4,16 ± 0,36	5,16 ± 0,41
<i>Торонтская шкала</i>	63,32 ± 2,35	70,53 ± 2,53*
<i>Тест САИ</i>		
Самочувствие	5,39 ± 0,11	5,01 ± 0,14
Активность	5,22 ± 0,12	4,54 ± 0,17*
Настроение	5,48 ± 0,12	4,77 ± 0,18*
<i>Рисуночный тест Сильвер</i>		
Шкала эмоционального содержания	3,42 ± 0,13	3,05 ± 0,19*
Шкала оценки образа «я»	3,56 ± 0,09	3,23 ± 0,16*
Способность выбирать	4,49 ± 0,07	4,05 ± 0,14*
Способность комбинировать	4,69 ± 0,08	4,45 ± 0,13
Способность представлять	4,62 ± 0,07	4,14 ± 0,16*
Общая оценка по когнитивным шкалам РТС	13,82 ± 0,16	12,68 ± 0,31*

Примечание: ОБЩ – общий показатель тревожности; ЭД – эмоциональный дискомфорт; АСТ – астенический компонент; ФОБ – фобический компонент; ОП – оценка перспективы; СЗ – социальная защитная реакция (социофобия); * – различие достоверно при $p < 0,05$.

Таблица 10

Сравнение фоновых показателей опросника качества жизни в экспериментальной и контрольной группах

Сферы и субсферы	Экспериментальная группа M ± m	Контрольная группа M ± m
G. Общее качество жизни и состояние здоровья	12,0 ± 0,59	11,57 ± 0,98
<i>I. Физическая сфера</i>	11,34 ± 0,50	10,52 ± 0,78
F1. Физическая боль и дискомфорт	11,1 ± 0,44	10,71 ± 0,96
F2. Жизненная активность, энергия и усталость	12,03 ± 0,51	11,0 ± 0,94
F3. Сон и отдых	10,09 ± 0,86	9,86 ± 0,87
<i>II. Психологическая сфера</i>	12,69 ± 0,45	12,67 ± 0,77
F4. Положительные эмоции	12,0 ± 0,52	11,5 ± 0,90
F5. Мышление, обучаемость, память и концентрация (познавательные функции)	12,8 ± 0,51	12,71 ± 0,92
F6. Самооценка	13,23 ± 0,49	13,64 ± 0,85
F7. Образ тела и внешность	14,83 ± 0,63	14,5 ± 0,64
F8. Отрицательные эмоции	10,6 ± 0,69	11,0 ± 1,21
<i>III. Уровень независимости</i>	13,79 ± 0,51	12,95 ± 0,95
F9. Подвижность	15,13 ± 0,62	14,07 ± 1,07
F10. Способность выполнять повседневные дела	13,27 ± 0,49	12,5 ± 1,05
F11. Зависимость от лекарств и лечения	12,3 ± 0,64	12,21 ± 0,81
F12. Способность к работе	14,47 ± 0,73	13,0 ± 1,33
<i>IV. Социальные отношения</i>	14,52 ± 0,41	14,38 ± 0,72
F13. Личные отношения	14,63 ± 0,58	14,07 ± 0,70
F14. Практическая социальная поддержка	15,8 ± 0,37	14,79 ± 0,96
F15. Сексуальная активность	13,13 ± 0,71	14,29 ± 0,77
<i>V. Окружающая среда</i>	13,58 ± 0,32	12,59 ± 0,70
F16. Физическая безопасность и защищенность	14,4 ± 0,54	12,64 ± 0,88*
F17. Окружающая среда дома	15,2 ± 0,65	13,43 ± 1,14
F18. Финансовые ресурсы	11,43 ± 0,49	11,43 ± 0,92
F19. Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)	13,07 ± 0,52	11,93 ± 0,87
F20. Возможности для приобретения новой информации и навыков	14,4 ± 0,42	13,36 ± 1,01
F21. Возможности для отдыха и развлечений и их использование	12,17 ± 0,58	11,57 ± 0,85
F22. Окружающая среда вокруг (загрязненность/шум/климат/привлекательность)	13,63 ± 0,56	12,71 ± 0,76
F23. Транспорт	14,4 ± 0,62	13,64 ± 1,19
<i>VI. Духовная сфера</i>	14,73 ± 0,49	12,65 ± 1,02*
F24. Духовность/религия/личные убеждения	14,73 ± 0,49	12,36 ± 1,02*
Суммарная оценка, связанная со здоровьем и качеством жизни	80,67 ± 1,96	75,47 ± 4,34

Примечание: * – различие достоверно при $p < 0,05$.

средние показатели общего качества жизни и состояния здоровья (G), а также суммарная оценка, связанная со здоровьем и качеством жизни в обеих группах не различались. Различия в исходных показателях были минимальными.

Ранжирование исходных показателей по разным сферам и субсферам выявило, что участники экспериментальной группы отличались относительно высокой удовлетворенностью образом тела и внешностью (F7), подвижностью (F9) и способностью к работе (F12), а участники контрольной группы – относительно высокой удовлетворенностью образом тела, внешностью (F7) и подвижностью (F9).

Участники обеих групп относительно высоко оценили качество жизни в сфере социальных отношений (IV). Оценки, превышающие 14 баллов, в экспериментальной группе были отмечены в субсферах F13 (личные отношения) и F14 (практическая социальная поддержка), а в контрольной группе – в субсферах F13, F14 и F15 (сексуальная активность). Хорошее качество жизни также характеризовало участников экспериментальной группы в духовной сфере (VI) и субсфере F24 (духовность/религия/личные убеждения). И наконец, участники экспериментальной группы были относительно удовлетворены качеством окружающей среды (V), включая такие субсферы, как F16 (физическая безопасность и защищенность), F17 (окружающая среда дома), F20 (возможности для приобретения новой информации и навыков) и F23 (транспорт).

Наименее благополучной в обеих группах оказалась физическая сфера (I): плохое качество жизни в экспериментальной группе характеризовало субсферы сна и отдыха (F3) и отрицательных эмоций (F8), а в контрольной группе – субсферы физической боли (F1), сна и отдыха (F3). Показатели по другим субсферам в обеих группах находились преимущественно в зоне средних значений (таблица 10).

Сравнение показателей ВОЗКЖ-100 в обеих группах в динамике выявило статистически значимое повышение качества жизни по целому ряду сфер и субсфер в экспериментальной группе и менее значительное повышение качества жизни в контрольной группе. Если в контрольной группе статистически значимое повышение показателей было отмечено лишь в субсфере сна и отдыха (F3), то в экспериментальной группе – в большинстве субсфер (F1, F2, F3, F4, F5, F8, F9, F10, F19 и F21) и охватывало

Таблица 11
Изменение показателей опросника качества жизни
в экспериментальной и контрольной группах в динамике

Сферы и субсферы	Экспериментальная группа		Контрольная группа	
	Исходные показатели M ± m	Показатели спустя месяц M ± m	Исходные показатели M ± m	Показатели спустя месяц M ± m
Г. Общее качество жизни и состояние здоровья	12,0 ± 0,59	14,3 ± 0,51	11,57 ± 0,98	11,86 ± 1,07
<i>I. Физическая сфера</i>	11,34 ± 0,50	14,4 ± 0,51	10,52 ± 0,78	12,40 ± 0,86
F1. Физическая боль и дискомфорт	11,1 ± 0,44	13,8 ± 0,63*	10,71 ± 0,96	12,21 ± 1,09
F2. Жизненная активность, энергия и усталость	12,03 ± 0,51	14,43 ± 0,46	11,0 ± 0,94	12,14 ± 0,92
F3. Сон и отдых	10,09 ± 0,86	14,2 ± 0,74	9,86 ± 0,87	12,86 ± 0,93*
<i>II. Психологическая сфера</i>	12,69 ± 0,45	13,81 ± 0,47	12,67 ± 0,77	13,13 ± 0,81
F4. Положительные эмоции	12,0 ± 0,52	13,4 ± 0,43*	11,5 ± 0,90	11,93 ± 0,88
F5. Мышление, обучаемость, память и концентрация (познавательные функции)	12,8 ± 0,51	14,77 ± 0,39	12,71 ± 0,92	12,5 ± 0,95
F6. Самооценка	13,23 ± 0,49	14,4 ± 0,52	13,64 ± 0,85	13,64 ± 0,91
F7. Образ тела и внешность	14,83 ± 0,63	16,17 ± 0,53	14,5 ± 0,64	15,5 ± 0,56
F8. Отрицательные эмоции	10,6 ± 0,69	14,2 ± 0,65	11,0 ± 1,21	12,07 ± 1,29
<i>III. Уровень независимости</i>	13,79 ± 0,51	15,57 ± 0,47*	12,95 ± 0,95	13,54 ± 1,06
F9. Подвижность	15,13 ± 0,62	17,1 ± 0,59*	14,07 ± 1,07	14,12 ± 1,11
F10. Способность выполнять повседневные дела	13,27 ± 0,49	15,53 ± 0,54*	12,5 ± 1,05	13,71 ± 1,17
F11. Зависимость от лекарств и лечения	12,3 ± 0,64	13,53 ± 0,71	12,21 ± 0,81	12,93 ± 1,04
F12. Способность к работе	14,47 ± 0,73	16,1 ± 0,54	13,0 ± 1,33	13,36 ± 1,36

<i>IV. Социальные отношения</i>	14,52 ± 0,41	14,8 ± 0,41	14,38 ± 0,72	14,07 ± 0,57
F13. Личные отношения	14,63 ± 0,58	15,67 ± 0,47	14,07 ± 0,70	14,14 ± 0,79
F14. Практическая социальная поддержка	15,8 ± 0,37	15,63 ± 0,47	14,79 ± 0,96	14,21 ± 0,70
F15. Сексуальная активность	13,13 ± 0,71	13,1 ± 0,67	14,29 ± 0,77	13,86 ± 0,85
<i>V. Окружающая среда</i>	13,58 ± 0,32	14,62 ± 0,39*	12,59 ± 0,70	12,81 ± 0,69
F16. Физическая безопасность и защищенность	14,4 ± 0,54	15,5 ± 0,54	12,64 ± 0,88	12,43 ± 0,73
F17. Окружающая среда дома	15,2 ± 0,65	15,43 ± 0,73	13,43 ± 1,14	13,14 ± 0,84
F18. Финансовые ресурсы	11,43 ± 0,49	12,4 ± 0,64	11,43 ± 0,92	12,0 ± 1,03
F19. Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)	13,07 ± 0,52	14,5 ± 0,50*	11,93 ± 0,87	12,36 ± 0,73
F20. Возможности для приобретения новой информации и навыков	14,4 ± 0,42	15,33 ± 0,59	13,36 ± 1,01	14,0 ± 0,72
F21. Возможности для отдыха и развлечений и их использование	12,17 ± 0,58	13,9 ± 0,49*	11,57 ± 0,85	12,14 ± 0,95
F22. Окружающая среда вокруг (загрязненность/шум/климат/привлекательность)	13,63 ± 0,56	14,67 ± 0,52	12,71 ± 0,76	12,86 ± 0,83
F23. Транспорт	14,4 ± 0,62	15,23 ± 0,66	13,64 ± 1,19	13,57 ± 1,18
<i>VI. Духовная сфера</i>	14,73 ± 0,49	16,03 ± 0,48	12,65 ± 1,02	13,0 ± 0,90
F24. Духовность/религия/личные убеждения	14,73 ± 0,49	16,03 ± 0,48	12,36 ± 1,02	13,0 ± 0,90
Суммарная оценка, связанная со здоровьем и качеством жизни	80,67 ± 1,96	88,98 ± 1,93*	75,47 ± 4,34	78,95 ± 4,48

Примечание: * – различие достоверно при $p < 0,05$.

физическую сферу (I), уровень независимости (III), сферу окружающей среды (IV) и духовную сферу (VI) (таблица 11).

Статистически значимое повышение в экспериментальной группе отмечалось также по среднему показателю общего качества жизни и состояния здоровья (G) и суммарной оценке, связанной со здоровьем и качеством жизни при отсутствии статистически значимого повышения по этим критериям в контрольной группе.

Через месяц участники экспериментальной группы характеризовались хорошим качеством жизни по всем сферам, за исключением психологической сферы, хотя при этом они имели достаточно высокие оценки по четырем входящим в нее субсферам. Качество жизни в психологической сфере в целом находилось на среднем уровне. Индекс G в экспериментальной группе спустя месяц также указывал на достижение хорошего качества жизни и состояния здоровья. При этом в контрольной группе спустя полтора месяца хорошее качество жизни отмечено лишь в сфере социальных отношений. Во всех остальных сферах оно оставалось на среднем уровне.

Статистический анализ данных с использованием критерия Манна–Уитни для независимых выборок показал, что через месяц участники экспериментальной группы характеризовались более высоким качеством жизни по значительному числу сфер и субсфер (с вероятностью $p < 0,05$) по сравнению с участниками контрольной группы (таблица 12).

Рисунок 24 демонстрирует выраженные положительные изменения показателей ВОЗЖ-100 в большинстве измеряемых сфер в экспериментальной группе и незначительные положительные изменения либо отсутствие таковых – в контрольной группе. Он также показывает минимальные различия фоновых показателей и появление более выраженных различий между группами спустя месяц после начала лечения, подтверждающие более выраженные терапевтические эффекты в экспериментальной группе, связанные с параметром качества жизни.

3.5. Обсуждение результатов исследования терапевтической эффективности САТ

Результаты исследования лечебных эффектов применения САТ при посттравматических и иных расстройствах невротического регистра в психотерапевтическом отделении госпиталя ветера-

Таблица 12
Сравнение показателей опросника качества жизни
в экспериментальной и контрольной группах
через месяц от начала лечения

Сферы и субсферы	Экспериментальная группа M ± m	Контрольная группа M ± m
G. Общее качество жизни и состояние здоровья	14,3 ± 0,51	11,86 ± 1,07*
<i>I. Физическая сфера</i>	14,4 ± 0,51	12,40 ± 0,86
F1. Физическая боль и дискомфорт	13,8 ± 0,63	12,21 ± 1,09
F2. Жизненная активность, энергия и усталость	14,43 ± 0,46	12,14 ± 0,92*
F3. Сон и отдых	14,2 ± 0,74	12,86 ± 0,93
<i>II. Психологическая сфера</i>	13,81 ± 0,47	13,13 ± 0,81
F4. Положительные эмоции	13,4 ± 0,43	11,93 ± 0,88
F5. Мышление, обучаемость, память и концентрация (познавательные функции)	14,77 ± 0,39	12,5 ± 0,95*
F6. Самооценка	14,4 ± 0,52	13,64 ± 0,91
F7. Образ тела и внешность	16,17 ± 0,53	15,5 ± 0,56
F8. Отрицательные эмоции	14,2 ± 0,65	12,07 ± 1,29
<i>III. Уровень независимости</i>	15,57 ± 0,47	13,54 ± 1,06
F9. Подвижность	17,1 ± 0,59	14,12 ± 1,11*
F10. Способность выполнять повседневные дела	15,53 ± 0,54	13,71 ± 1,17
F11. Зависимость от лекарств и лечения	13,53 ± 0,71	12,93 ± 1,04
F12. Способность к работе	16,1 ± 0,54	13,36 ± 1,36
<i>IV. Социальные отношения</i>	14,8 ± 0,41	14,07 ± 0,57
F13. Личные отношения	15,67 ± 0,47	14,14 ± 0,79
F14. Практическая социальная поддержка	15,63 ± 0,47	14,21 ± 0,70
F15. Сексуальная активность	13,1 ± 0,67	13,86 ± 0,85
<i>V. Окружающая среда</i>	14,62 ± 0,39	12,81 ± 0,69*
F16. Физическая безопасность и защищенность	15,5 ± 0,54	12,43 ± 0,73*
F17. Окружающая среда дома	15,43 ± 0,73	13,14 ± 0,84*
F18. Финансовые ресурсы	12,4 ± 0,64	12,0 ± 1,03
F19. Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)	14,5 ± 0,50	12,36 ± 0,73*
F20. Возможности для приобретения новой информации и навыков	15,33 ± 0,59	14,0 ± 0,72
F21. Возможности для отдыха и развлечений и их использование	13,9 ± 0,49	12,14 ± 0,95
F22. Окружающая среда вокруг (загрязненность/шум/климат/привлекательность)	14,67 ± 0,52	12,86 ± 0,83
F23. Транспорт	15,23 ± 0,66	13,57 ± 1,18
<i>VI. Духовная сфера</i>	16,03 ± 0,48	13,0 ± 0,90*
F24. Духовность/религия/личные убеждения	16,03 ± 0,48	13,0 ± 0,90*
Суммарная оценка, связанная со здоровьем и качеством жизни	88,98 ± 1,93	78,95 ± 4,48*

Примечание: * – различие достоверно при $p < 0,05$.

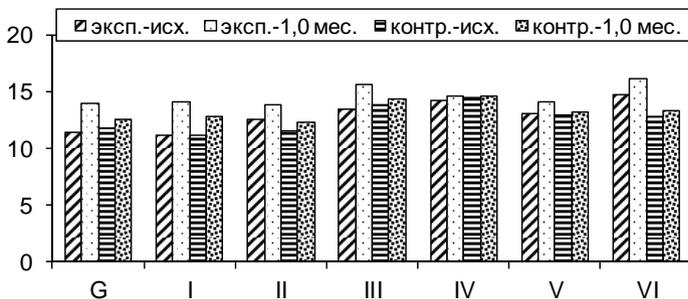


Рис. 24. Сравнение показателей ВОЗКЖ-100 в экспериментальной и контрольной группах в динамике

нов войн свидетельствуют о комплексном положительном влиянии программы групповой арт-терапии на симптоматические и личностные проявления и качество жизни участников занятий. Хотя в контрольной группе имела место положительная динамика состояния пациентов, она была менее выраженной, чем в экспериментальной группе. При сопоставлении экспериментальной и контрольной групп через месяц после начала арт-терапии выявлены существенные, статистически значимые различия между группами, отсутствующие при первичном обследовании.

Результаты применения экспериментально-психологических методик для оценки симптоматических проявлений, таких как SCL-90, ОДС-2 и ИТТ, убедительно показывают снижение клинических проявлений в экспериментальной группе. Выраженная симптоматическая стабилизация, достигнутая в контрольной группе, все же оказалась менее выраженной, чем у участников арт-терапевтической программы, что следует рассматривать как подтверждение ее важного вклада в улучшение клинического статуса клиентов.

Выявлены также значимые изменения в личностных характеристиках участников арт-терапевтических занятий. Результаты применения торонтской алекситимической шкалы указывают на более выраженное снижение алекситимии в экспериментальной группе по сравнению с контрольной группой.

Применение рисуночных тестов Сильвер показало более выраженный рост показателей шкалы эмоционального содержания рисунков и образа «я» у участников арт-терапевтических занятий по сравнению с контролем, что является одним из косвен-

ных признаков эмоциональной стабилизации и положительных изменений в самовосприятии пациентов. Весьма впечатляющим оказался рост показателей когнитивных шкал тестов Сильвер. Это можно интерпретировать как признак оптимизации познавательной деятельности, осуществляемой с опорой, прежде всего, на образное мышление, а также признак повышения творческого характера мышления в экспериментальной группе.

Отсутствие динамики показателей в контрольной группе позволяет признать влияние САТ на когнитивные способности и креативность специфичным для данной формы лечения и соответствующим научным данным о важной роли изобразительной деятельности в познании и творческом решении проблем (Arnheim, 1974, 1974; Calvin, 1996; Gardner, 1982; Solso, 1994; Sylvester, 1997, 1998).

Выраженными и заметно превышающими соответствующие изменения в контрольной группе оказались также выявленные сдвиги, касающиеся различных параметров качества жизни пациентов, участвующих в арт-терапии. Такие сдвиги могут рассматриваться как признак общего роста их субъективной удовлетворенности разными сторонами жизни и отношений.

Таким образом, программа групповой арт-терапии для пациентов с посттравматическими расстройствами и иными нарушениями невротического регистра, разработанная в соответствии с моделью САТ, обеспечивает выраженные и разносторонние положительные эффекты.

ГЛАВА 4

Юмор как защитно-адаптационный фактор при стрессовых и постстрессовых состояниях

Юмор может играть важную роль при переживании стрессовых и постстрессовых состояний, выступая в качестве одного из значимых защитно-адаптационных факторов. В частности, юмор способен смягчать разрушительное воздействие травматического стресса на личность и обеспечивать более успешное восстановление и адаптацию после пережитой психической травмы. Есть также основания считать проявления юмора определенным образом связанными с активизацией эмоциональных и познавательных процессов и личностных реакций, направленных на преодоление психотравмирующей ситуации (копинг-поведения).

В то же время при переживании психической травмы юмор может проявляться в разной степени в зависимости от индивидуальных особенностей человека. К изучению защитно-адаптационных возможностей юмора нас, в частности, побудила работа с ветеранами боевого стресса. В процессе групповых арт-терапевтических занятий мы обратили внимание на частые проявления юмора в высказываниях и изобразительной продукции участников. При этом была обнаружена связь юмора с индивидуально-типологическими особенностями клиентов, групповой динамикой, видами арт-терапевтической деятельности и другими факторами. Юмор являлся важной характеристикой контингента с присущими ему защитными реакциями и механизмами адаптации, связанными как к преморбидными, так и усилившимися в процессе военной службы личностными особенностями.

Оценка проявлений юмора и его умелое использование в арт-терапии может являться важной составной частью постановки

диагноза, определения прогноза и выбора терапевтических вмешательств, повышать их эффективность.

4.1. Определение юмора, его виды и функции

Юмор нередко становился предметом исследований в социологии, антропологии, психологии и других науках о человеке. Изучение юмора позволяет лучше понять человека и его отношение к себе и окружающему миру. Юмор также тесно связан с защитно-приспособительными возможностями личности и разных сообществ. Он имеет тесную связь с творческими возможностями человека, выступает одним из значимых факторов, определяющим динамику межличностных и социальных отношений. Велика его роль и в процессе индивидуальной и групповой психотерапии.

Юмор является комплексным психологическим и межличностным феноменом, затрагивающим как познавательные, так и эмоциональные процессы, сознание и бессознательное, а также физическую сферу человека. Он имеет тесную связь с креативностью и сексуальностью; может быть созидательным и разрушительным.

Существуют разные виды юмора, такие как шутка, ирония, пародия, сарказм и др. Все они имеют общие признаки и в то же время определенные различия. Одним из общих признаков, присущих разным видам юмора, является связь с метафорой. Юмористические высказывания и образы, как правило, имеют скрытый смысл, доступный для восприятия тех, кто обладает чувством юмора. Как считает И. Джейкаб, «юмор – это такое состояние сознания, такая тенденция, которые наделяют человека способностью видеть скрытую смысловую нагрузку и связи между вытесненными эмоциями и идеями, способностью преобразовывать их в социально приемлемые, свободные формы... Юмор во многом похож на сновидения, поскольку также предполагает сгущение психической энергии, ее перемещение с одних уровней психической динамики на другие, а также ее не прямое выражение. В то же время, если сновидения связаны с психическим регрессом, то юмор его не предполагает» (Jakab, 1998, p. 16).

Для понимания эффектов влияния юмора на личность, на общества и для определения его защитно-адаптационной роли необходимо дифференцировать здоровый (конструктивный) и патологический (деструктивный) юмор. Учет внешних усло-

вий, в которых люди проявляют чувство юмора, в большинстве случаев имеет решающее значение для определения его природы и эффектов. Дж. Наги полагает, что здоровый, конструктивный юмор предполагает гибкость личных границ и способность конструктивно взаимодействовать с другими людьми. Напротив, патологический, разрушительный юмор связан с патологической агрессией, сниженной способностью к контакту и ригидными личными границами. Он проявляется в виде иронии и сарказма (Nagy, 1998, p. 257).

Р. Сильвер (Silver, 2002, 2007) разработала специальную шкалу для оценки разных видов юмора, проявляющихся в изобразительной продукции, в частности, при выполнении рисуночного теста Сильвер (РТС). Данная шкала позволяет определить семь видов юмора на основе анализа изобразительной и повествовательной продукции пациента:

- Патологический, или «черный», юмор проявляется в насмешке над умирающим или находящимся в смертельной опасности персонажем. При этом персонаж испытывает и открыто выражает страдание или страх.
- «Черный», но не патологический юмор проявляется в насмешке над несчастным, умирающим или находящимся в смертельной опасности персонажем. При этом на рисунке и в повествовании не показано, что персонаж испытывает страдание или страх.
- Уничижительный юмор проявляется в насмешках над таким персонажем, который отличается от автора рисунка (например, по полу) и при этом представлен как непривлекательный, разочарованный, глупый, несчастный, но не находящийся в смертельной опасности.
- Самоуничижительный юмор проявляется в насмешках над таким персонажем, который похож на автора рисунка или представлен от первого лица и при этом изображен как непривлекательный, разочарованный, глупый, несчастный, но не находящийся в смертельной опасности.
- Амбивалентный или нейтральный юмор. Перспективы развития ситуации для персонажа представляются как амбивалентные либо неясные.
- Умеренно положительный, жизнеутверждающий юмор. Изображенный персонаж преодолевает препятствия, либо финал ситуации для него благоприятен.

- Выраженный положительный, игривый юмор, связанный с изображением персонажа или нескольких персонажей, которые успешно преодолевают препятствия, испытывают положительные чувства. Игра слов, насмешка над абсурдом, двойной смысл.

Р. Сильвер приводит данные своих исследований юмора в рисунках представителей разных возрастных и гендерных групп. Общее число испытуемых в ее исследованиях составляло 888 человек. У большинства (69%) тех, кто проявил чувство юмора в рисунках, юмор являлся негативным («черным» патологическим или непатологическим, а также уничижительным или самоуничижительным). Лишь у 22% испытуемых, проявивших чувство юмора, он имел амбивалентный или положительный оттенок. Кроме того, негативный юмор значительно чаще проявлялся у мужчин, чем у женщин.

Разные виды юмора обуславливают разные психологические эффекты и межличностную динамику, имеют разные «мишени» воздействия. В одних случаях юмор служит снятию эмоционального напряжения, преодолению тревоги и страдания и даже переживанию положительного эмоционального стресса (эустресса). В других случаях он позволяет личности защитить свои границы, сопротивляться давлению извне, поддерживать чувство внутреннего достоинства. Юмор и смех часто проявляются при конфронтации личности с социальными авторитетами и нормами, которые противоречат ее интересам (Clay, 1997). Не случайно отмечается склонность людей прибегать к юмору в ситуации недостаточной внешней свободы, в том числе в условиях тоталитарного правления (Eric, 1998). Юмор позволяет подвергнуть осмеянию оппонента, его идеи и систему ценностей, что, прежде всего, справедливо в отношении насмешки, пародии, иронии и сарказма.

В определенных случаях юмор позволяет более свободно взглянуть на вещи, «играть» с идеями и образами, раскрывает творческий потенциал личности. Можно отметить также значимую роль юмора в разблокировке неосознаваемых, вытесненных переживаний, а также в принятии и осознании латентных (скрытых) качеств личности. Он может обуславливать разрядку сексуальной энергии и выражение агрессии. Кроме того, юмор может способствовать установлению контактов, созданию бо-

лее непринужденной атмосферы для общения, а также сплочению людей.

К важнейшей функции юмора можно отнести обеспечение психологической интеграции, преодоление внутреннего конфликта личности. Он позволяет ей принять свои внутренние противоречия, наличие в себе как плюсов, так и минусов – «света» и «тени», постичь сложность и вместе с тем богатство своего внутреннего мира и человеческих отношений. Он также содействует трансформации ранее отчужденных аспектов «я» в полноправные аспекты целостной личности, но при этом «избежать откровенной идентификации с ними» (Jakab, 1998, p. 17–18).

Есть мнение, что юмор связан со следующими пятью основными функциями (Ziv, 1984):

- выражение агрессии;
- отреагирование сексуальной энергии;
- защита;
- переработка информации и решение проблем;
- включение в социальный контекст.

Проявления и эффекты юмора в значительной мере связаны с особенностями личности и клинического расстройства. Как правило, более тяжелая психическая патология характеризуется преобладанием деструктивного, «черного» юмора. И. Джейкаб (Jakab, 1998) отмечает, что юмор психотиков имеет угрожающий, деструктивный характер и вряд ли может обеспечивать психическую стабилизацию или смягчать проявления симптомов основного заболевания. По ее мнению, «юмор шизофреников слишком сложен для восприятия... Параноику сложно понять шутки здоровых людей. Он склонен воспринимать их как оскорбление или угрозу. Больной, находящийся в маниакальном состоянии, то и дело шутит, однако его шутки не кажутся нам смешными» (Jakab, 1998, p. 18). Для более тяжелой психической патологии также могут быть характерны пародия и гротеск, которые часто соседствуют с патетикой, драматической напряженностью, мистикой и экзальтацией. Есть основания считать юмор такого рода отражением попыток интеграции парадоксальных, противоречивых, психопатологически окрашенных аспектов внутреннего мира.

И. Джейкаб (Jakab, 1998) считает, что юмор невротиков имеет здоровый, адаптивный характер и что в процессе психотерапии

неврозов и психогенных реакций специалист должен по возможности использовать ресурсы юмора.

Различные проявления и оттенки юмора также выявляют особенности характерологического радикала. Так, например, для циклоида с его синтонностью и яркостью эмоциональных проявлений более характерен жизнеутверждающий, здоровый, адекватный юмор, для психастеника – самоирония, для шизоида – усложненный, «рафинированный» юмор, для эпилептоида – сарказм и т. д.

4.2. Связь проявлений юмора с различными ситуациями, возникающими в процессе арт-терапии

Юмор может отражаться в высказываниях, действиях и творческой продукции пациентов – стихах, прозе, рисунках, а также в их одежде, оформлении окружающей среды. Иногда он обнаруживается в спонтанно создаваемых художественных работах, хотя может также проявляться при выполнении пациентами определенных арт-терапевтических техник и специальных видов деятельности, предлагаемых им для решения тех или иных терапевтических задач. На проявления юмора в арт-терапевтическом процессе влияют разные факторы, в том числе:

- форма психического расстройства и структура синдрома;
- индивидуально-личностные особенности пациентов, их пол, возраст, культурный и социальный опыт, характерные для них психологические защиты и копинг-стратегии;
- условия проведения арт-терапии, включая особенности институциональной культуры;
- отношения с проводящим арт-терапию специалистом и членами группы (при групповом варианте арт-терапии);
- межличностная и групповая динамика, проявления переносов и контрпереносов;
- используемые материалы и виды художественной практики.

По нашим наблюдениям, проявления юмора в арт-терапевтическом процессе коррелируют со следующими ситуациями.

1. Сопротивлением арт-психотерапии и контролирующими тенденциями, в том числе попытками пациентов уйти от выражения своих чувств либо смягчить их остроту и ограничить

степень самораскрытия в контакте с психотерапевтом и членами группы. Это может быть характерно как для начала арт-терапии, так и для последующих ее этапов, когда затрагиваются более глубокие переживания и внутренние конфликты участников занятий.

2. Стремлением пациентов избежать психического регресса, защитить свои личные границы и сохранить свою психологическую автономию, что может быть связано с тесным взаимодействием в группе (например, при создании группового рисунка), а также с регрессивным характером некоторых изобразительных материалов и техник. Переживание психического регресса нередко проявляется, например, при работе с краской, в особенности если она используется экспрессивно и контроль над материалом снижен. Это, в частности, отличает работу с «пальчиковыми» красками, технику «акватипии», рисование каракулей.
3. Потребностью смягчить переживание фрустрации, связанной с обнаружением собственной несостоятельности или социально осуждаемых качеств своей личности, что может быть характерно для таких видов арт-терапевтической деятельности, которые затрагивают тему болезни или актуальные проблемы личности.
4. Потребностью в самопринятии, преодолении внутренне противоречивого отношения к себе и своим личностным качествам на основе постижения своего природного характера, здоровых основ «я» и нахождения внутреннего баланса (что часто бывает связано с обращением к духовным основам самосознания). Такие тенденции более характерны для зрелых этапов групповой работы и использования техник, затрагивающих сферу самоотношения/самовосприятия и идентичности (реалистический или метафорический автопортрет, иллюстрирование наиболее значимых, «судьбоносных» жизненных ситуаций, создание личного герба).
5. Потребностью в выражении и интеграции прошлого опыта, связанного с переживанием травматического стресса. Данная тенденция может проявляться как спонтанно, так и при использовании соответствующих тем, связанных со сложными, психотравмирующими ситуациями в жизни участников.
6. Обращением в процессе арт-терапевтической работы к образам современной культуры, а также актуальному искусству с характерными для него «языками» и формами экспрессии.

7. Использованием тем или каких-либо триггеров, связанных с сексуальностью и агрессией. Проявления юмора могут, например, фасилитироваться благодаря использованию деструктивных манипуляций, созданию хаоса и грязи в процессе изодейтельности, применению техник коллажа и ассамбляжа (аппликаций и скульптур из предметов и «мусора»), восприятию и изображению полностью или частично обнаженного тела.

Примеры связи юмора с некоторыми такими ситуациями в процессе арт-терапевтической работы с ветеранами боевого стресса приводятся ниже.

Юмор как отражение сопротивления психотерапии и попыток контролировать переживания

В работе с ветеранами боевых действий юмор нередко проявлялся уже в самом начале курса занятий, отражая закономерные реакции тревоги, недоверия и сопротивления арт-терапии. Особенностью контингента, традиционно считающегося «неудобным» для психотерапии, является низкая или противоречивая (непоследовательная) мотивация к психологической работе и очень высокий уровень сопротивления в силу целого ряда причин, связанных как со спецификой самого расстройства (поведение, избегающее травматических переживаний), так и с личностными характеристиками и с особенностями состояния. К ним можно отнести повышенную уязвимость и чувствительность к эмоциональным стрессам, к неискренности в отношениях, недоверчивость, высокий уровень агрессивных, тревожных и депрессивных переживаний и тенденций.

Подавляющая часть пациентов отделения – это мужчины молодого и среднего возраста с соответствующими особенностями менталитета и своеобразной субкультурой, проявляющимися в представлениях: «Настоящий мужчина должен сам решать свои проблемы», «Не верь, не бойся, не проси» и т. д. Необходимо также учесть специфику самой арт-терапевтической работы с ее необычностью, кажущейся «несерьезностью» («не мужское дело»), или, наоборот, творческой направленностью, воспринимаемой большинством пациентов как требующей изобразительных навыков и способностей. Все это может выступать дополнительным фактором недоверия или отторжения арт-терапии пациентами данной группы, создавать сложности при организации работы

и, соответственно, требовать специальных усилий и подходов для преодоления подобного отношения.

В приводимых ниже фрагментах самоотчетов пациентов, сделанных ими уже после прохождения курса групповой арт-терапии, достаточно красноречиво отражены эти проблемы.

«На начальном этапе, участвуя в работе арт-терапевтической группы, я первые два занятия воспринимал как кружок художественной самодеятельности и не более того, как отвлекающий маневр на три часа, чтобы забыть немного о своей проблеме, болезни на небольшой период времени. К счастью, оказалось это не так...» (Д.).

«При поступлении в группу первое впечатление – взрослые люди занимаются тем, чем дети занимаются в яслях и садиках, так как объяснения, которые давал ведущий, ничего, кроме недоумения и просто смеха, не вызывали. Это состояние было в течение трех занятий. Лишь после этого до меня начинало доходить, что от меня требуется...» (А.).

В таких условиях уже первая попытка что-то нарисовать нередко выявляла ситуативно повышенную тревогу, а также защитные реакции и уход от самораскрытия. Для того чтобы облегчить выполнение задачи создания рисунка, мы использовали техники с четкой инструкцией и наличием стимульного материала. Чаще всего применялся тест Сильвер (имеющий также значительную диагностическую ценность).

Так, во время первого занятия, выполняя тест Сильвер, пациент В. создал следующий рисунок (рисунок 25) под названием «Чрезвычайная ситуация» и сопроводил его следующим крат-



Рис. 25. Рисунок В., созданный при выполнении теста Сильвер

ким описанием: «Сильный ураган разрушил город, есть жертвы. Мародеры начали грабить дома. Вызвали МЧС, и все урегулировалось».

Рисунок и история отражают очень высокое напряжение пациента и в то же время попытку его снять на основе формирования юмористически окрашенного образа, связанного с темой катастрофы и спасения.

Юмор как отражение попыток избежать психического регресса и сохранить самоконтроль и психологическую автономность

Американский психоаналитик И. Джейкаб отмечает, что «проявление пациентом чувства юмора может являться признаком его повышенного контроля над в процессом психотерапии» (Jakab, 1998, p. 19). Кроме того, проявление юмора в психотерапии рассматривается как признак высокой когнитивной активности клиента и его сопротивления психическому регрессу.

Юмор как отражение попыток избежать психического регресса и сохранить самоконтроль и психологическую автономность часто сопровождал начальный и переходный этапы групповой арт-терапии. Одна из задач данного этапа (лучше – данных этапов) заключается в приобретении первого опыта работы с арт-терапевтическими техниками и группового взаимодействия с тем, чтобы пациенты были подготовлены к реализации основных задач арт-терапевтического вмешательства на более зрелых этапах развития группы, хотя часть перечисленных задач, например симптоматическая стабилизация, имеет и самостоятельное психотерапевтическое значение.

Используемые техники всегда комплексно затрагивают различные аспекты арт-терапевтического воздействия, в то же время можно выделить некоторые приоритетные задачи их применения. Например, техника «Поочередное рисование», в первую очередь, направлена на активацию невербального взаимодействия, «Акватипия» и «Каракули» – на спонтанное выражение чувств и стимуляцию образного мышления. Немаловажное значение на этом этапе имеет достижение первых позитивных результатов – как на уровне опыта, так и на уровне создания изобразительной продукции, которая, несмотря на отсутствие у большинства пациентов развитых художественных навыков, обладает яркостью и выразительностью.

В этой ситуации юмор часто проявлялся уже при первом использовании изобразительных материалов и техник с регрессивной направленностью, к которым можно отнести такие техники и темы, как «Воспоминания из детства», «Акваטיפия» и «Каракули», а также рисование в паре с партнером, дорисовывание изобразительных элементов.

При работе на тему «Воспоминания из детства» нередко обнаруживалось двойственное восприятие прошлого опыта: с одной стороны, оно воспринималось многими как источник положительных, преимущественно светлых переживаний; с другой стороны, часто проявлялось стремление дистанцироваться от прошлого с присущей ему детской позицией и зависимостью от окружающих. Так, М. при разработке данной темы создал рисунок с изображением себя в образе пионера, играющего на барабане (рисунок 26). При этом он изобразил ряд характерных для детских рисунков элементов, например, солнышко и травку.

Во время работы в технике «Акваטיפия» пациент А. использовал сочетание красного и зеленого цветов (дополнительные цвета, которые могут отражать амбивалентную позицию – потребность в эмоциональном отреагировании, с одной стороны, и желание контролировать и сдерживать эмоции, с другой). Созданный им образ (рисунок 27) рассмешил и самого автора, и группу, вызвав бурную положительную эмоциональную



Рис. 26. Рисунок М. на тему «Воспоминания из детства»



Рис. 27. Рисунок А., созданный в технике «Акватипия»

реакцию, и явно (в совокупности с другими проявлениями на данном занятии) способствовал снятию напряжения всей группы.

При работе в технике «Акватипия» и другие участники группы создали выразительные художественные, часто гротескные образы. Уже в процессе оформления красочных отпечатков и обозначения образов участники проявили повышенный интерес к тому, что создается соседом, что способствовало взаимной индукции. Так, пациент М., как и А., создал образ животного, используя зеленый и красный, а также и темно-фиолетовый цвета (также дополнительные друг другу). Животное с красными глазами выглядит трогательным, испуганным и в то же время любопытным (рисунок 28).

При использовании на одном из первых занятий техники «Почередное рисование» (аналога известной интерактивной техники рисования каракулей Д. Винникотта) отношение к заданию может быть различным: от откровенного скепсиса, кривых усмешек и недоверия до более заинтересованного или игривого. Уже вскоре после начала работы в парах начинают появляться улыбки и другие живые человеческие реакции, возникает оживленная «рабочая суэта», между отдельными участниками впервые устанавливается взаимодействие, как правило, шуточного характера. Общая атмосфера начинает меняться в сторону большей раскрепощенности.



Рис. 28. Рисунок М., созданный в технике «Акватипия»

В этот момент практически всегда в более или менее выраженной форме появляется интересный феномен. Сначала во всем невербальном поведении большинства участников начинает явно доминировать неподдельный интерес к незамысловатому заданию, затем на лицах появляются улыбки, сопровождаемые отдельными произвольными «смешками», дальше довольно часто перерастающими в уже откровенный, иногда просто неудержимый «гомерический» хохот. Такая бурная эмоциональная реакция возникает сначала эпизодически у отдельных участников или пар в тесной связи с непосредственно выполняемой работой, например при внесении своего «удачного штриха» или в момент передачи листка с изображением партнеру. Затем атмосфера свободной творческой игры и юмора начинает доминировать на уровне всей группы. Очевидно, техника «Поочередное рисование» предоставляет великолепную возможность отреагировать сдерживаемое психологическое напряжение и достичь катарсической разрядки.

Примером выполнения данной техники является следующий рисунок (рисунок 29), включающий несколько гротескных образов агрессивного и сексуального характера. В процессе совместной работы оба участника то и дело смеялись, передавая друг другу эстафету юмора и творческой игры.

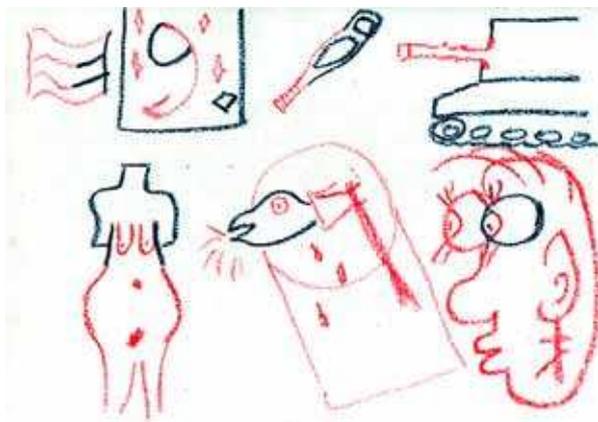


Рис. 29. Пример рисования каракулей в паре

Юмор как отражение попыток смягчить переживание фрустрации, связанной с предъявлением проблем и жалоб, обнаружением собственной несостоятельности или социально осуждаемых качеств личности

Уже в рамках начального этапа арт-терапевтической программы участники группы предпринимают попытки знакомства и осторожного обозначения своих проблем. В силу вышеназванных особенностей контингента необходимость что-то говорить о себе в группе, предъявлять публично свои проблемы и жалобы часто вызывает большие трудности. Многие пациенты испытывают страх соприкосновения со своими проблемными переживаниями. Как пишет в анкете обратной связи один из участников, *«с первых занятий меня охватывал страх... Я думал, что хотят влезть и разузнать мои личные проблемы (может быть, назову их секретами). С первых занятий я был напряжен, как струна, которая может порваться...»* (М.).

Так, в рамках уже первого группового занятия после предоставления участникам основной информации об особенностях планируемой работы, их высказываний по поводу услышанного и вопросов, им предлагается совершить ритуал знакомства. Самопрезентация и знакомство участников может осуществляться разными способами. Если инициативу на себя никто взять не решается, то ведущий обычно предлагает поочередное пред-

ставление каждого по кругу или в случайном порядке, «по мере готовности». Пациенты должны рассказать о себе то, что сами сочтут нужным, а также назвать, что бы они хотели получить для себя от участия в группе и вообще от лечения в госпитале. Может также иметь место упоминание о некоторых аспектах своей биографии и перечисление проблем со здоровьем соматического или эмоционального плана (например, частые головные боли, раздражительность, несдержанность, тревожность и т. д.).

Уже на этом занятии или на одном из последующих после ритуала знакомства может последовать выполнение изобразительной работы, отражающей восприятие участниками группы своих проблем и жалоб. Часто создаются рисунки, окрашенные различными оттенками юмора, иронии и сарказма. Участники группы как бы подшучивают таким образом над собой. Перенос на рисунок проблемные, болезненные аспекты своего опыта и при этом окружая образ «аурой» юмора, они нередко отделяют их от своей личности и начинают смотреть на них со стороны. Тревожно-дефензивная позиция пациентов благодаря этому смягчается, достигается состояние большего эмоционального комфорта. Так, пациент С. изобразил свою головную боль: молот ударяет по голове некий гротескный персонаж. При этом его сходство с автором рисунка состоит лишь в изображении военной формы (рисунок 30).

Пациент В. иронически представил свою проблему – переполняющие его время от времени тяжелые переживания и дисфори-



Рис. 30. Рисунок С. Головная боль



Рис. 31. Рисунок В. Тяжелые переживания, несущие угрозу автору и окружающим

ческие реакции, которые он пытается обуздать, но это удастся ему лишь отчасти. От подобных состояний страдает не только он сам, но и его близкие (рисунок 31).

Пациент А. изобразил характерную для себя эмоциональную несдержанность, запечатлел вспышки гнева в виде гротескного портрета (рисунок 32). Он гиперболизировал некоторые выра-



Рис. 32. Рисунок А. Характерное для автора состояние аффекта

зительные детали. Автору удалось избежать буквального сходства с собой (диссоциация) и в то же время убедительно выразить и осмеять присущий ему способ отреагирования аффекта.

**Потребность в самопринятии, преодолении
внутренне противоречивого отношения к себе и своим
личностным качествам и мотивам на основе постижения
своего природного характера, здоровых основ «я»**

В последующем, когда доверие в отношениях между участниками и уровень сплоченности становятся достаточно высокими, достигается более значительное личностное самораскрытие. Затрагиваются разные аспекты системы значимых отношений – отношение к здоровью, болезни и путям ее преодоления, социальным проблемам и их решению, семье, работе, прошлому, настоящему и будущему, актуальным потребностям личности и, конечно, к самому себе. Исследуя и предъявляя свое отношение ко всему этому в образной форме, участники группы часто используют защитные возможности юмора. Причем юмор не столько искажает, сколько преобразует иллюстрируемую ситуацию в глазах участников, обнаруживая при этом тесную связь с творческими ресурсами личности.

Здоровый, жизнеутверждающий юмор в процессе создания реалистических и метафорических автопортретов часто окрашивает «встречу с самим собой». При этом рисунки обретают выразительный, живой, творческий характер, а амбивалентно-противоречивое отношение к некоторым качествам собственной личности становится менее напряженным и более конструктивным, принимающим (хотя и с определенной долей самокритики).

Так, пациент Б. метафорически представил себя в образе бобра в процессе создания плотины и вложил в рисунок представление о таких качествах, как трудолюбие, высокое чувство ответственности и домовитость (рисунок 33). В то же время он отметил, что эти качества его личности вызывают у него неоднозначное отношение: иногда трудолюбие переходит в трудоголизм, а высокое чувство ответственности – в тревожную озабоченность вопросами бизнеса и семьи.

М. представил себя в виде кота, сидящего в обнимку с двумя подругами-кошками (рисунок 34), признав в процессе обсуждения рисунка, что ему присуще жизнелюбие и умение получать



Рис. 33. Рисунок Б., созданный в технике метафорического автопортрета



Рис. 34. Рисунок М., созданный в технике метафорического автопортрета



Рис. 35. Рисунок Н. с изображением личного герба

от жизни удовольствие, хотя некоторые могут рассматривать это как подверженность «слабостям», «порокам».

При создании личного герба Н. изобразил молот, пилу, лопату и другие инструменты физического труда, а также удочку, и признал, что любовь к созидательному труду, земле, рыбалке является основой его жизненного кредо. Благодаря этим видам деятельности он находит в жизни смысл, снимает напряжение, помогает себе сохранить физическое и душевное здоровье, хотя, как он выразился, «некоторые могут над этим посмеиваться».

Аналогичным образом юмор нередко окрашивал рисунки, посредством которых участники занятий выражали свои значимые потребности и представления о будущем. Как и при предъявлении своих проблем, в данном случае юмор обеспечивал безопасную дистанцию при выражении глубинных, часто окруженных дефензивными наслоениями переживаний и мотивов. В то же время это чаще был жизнеутверждающий, здоровый юмор, придающий рисункам трогательную выразительность (рисунок 36).

На следующих рисунках три других участника группы представили свои планы на будущее (рисунки 37–39): первый пере-



Рис. 36. Рисунок Б., отражающий мечту об отдыхе на природе наедине с любимым человеком

дал свои надежды на обретение взаимной любви, появление потомства и материальное благополучие; второй – на достижение гармонического баланса потребностей; третий – на возможность создания своего бизнеса, большую материальную и психологическую независимость.

Юмор, связанный с выражением и интеграцией прошлого опыта переживания травматического стресса

В изобразительной продукции ветеранов войн спонтанно либо при использовании соответствующих тем закономерно проявлялся прошлый опыт, связанный с переживанием боевого стресса. В одних случаях авторы отражали ситуации прошлого буквально, создавая реалистические картины. В других прошлый опыт подвергался творческой переработке и отражался в рисунках, основанных на игре воображения, образах кино и ином культурном материале. Мы не могли не обратить внимания на то, что визуальная передача такого опыта очень часто оказывалась окрашенной разными оттенками юмора – от «черного» до здорового и жизнеутверждающего.



Рис. 37–39. Рисунки, отражающие представления о будущем, значимые потребности личности

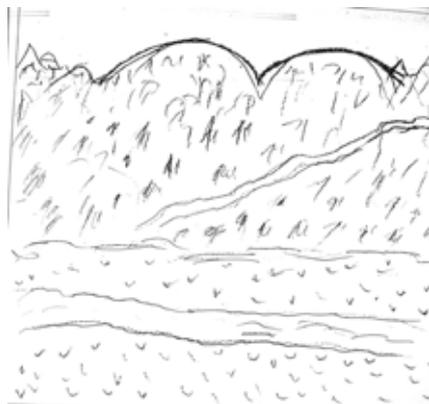


Рис. 40. Воспоминание о былом

«Черный», самоуничижительный юмор проявляется в рисунке под названием «Воспоминание о былом» (рисунок 40) и в сопровождающем его коротком рассказе: *«1999 год. Осень. Чечня в районе п. Валерик (Лермонтов писал в стихах об этих местах). Неуютное место для расположения воинской части, но с приказами не спорят. Одна из горных вершин была похожа на ягодицы. Первая мысль, которая приходила в голову: Да, в какую мы жопу попали!..»*

Жизнеутверждающий юмор и синтонность авторской позиции характеризуют рисунок под названием «Я на боевом посту с мышкой» (рисунок 41). Он отражает воспоминания о службе в Чечне. Сопровождающий его рассказ такой: *«Когда я служил*



Рис. 41. Я на боевом посту с мышкой

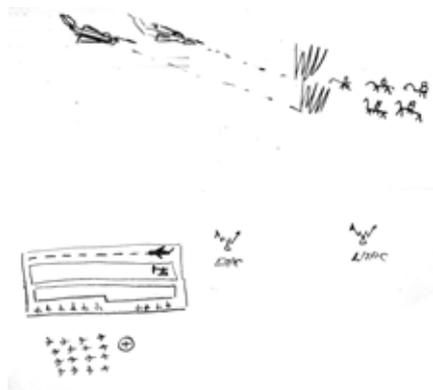


Рис. 42. Нападение техасской конницы

в Чечне, то у нас на посту была «ручная» мышка. Мы ее все кормили и называли Квася. Без разрешения она ничего не брала, но лезла, где попало».

Следующий рисунок может рассматриваться не столько как буквальное отражение прошлого, сколько как результат его творческой переработки и дополнения образами массовой культуры и геополитическими проекциями (рисунок 42). Рисунок называется «Нападение техасской конницы» и сопровождается таким текстом: «Шли учебно-тренировочные полеты. На горизонте появились ковбои. «Это мои старые знакомые, – сказал Петренко. – На прошлой неделе они украли у нас весь запас сигарет». «Зададим им жару», – предложил командир, и летчики заняли места в кабинах».

4.3. Исследование юмора в рисунках ветеранов боевого стресса на основе применения теста Сильвер

Используя разработанную Р. Сильвер шкалу для оценки юмора и руководствуясь гипотезами о его значимой роли в качестве одного из защитно-адаптационных факторов, а также его связи с творческим мышлением, мы провели специальное исследование. Оно выступало составной частью работы по изучению терапевтической эффективности авторской модели клинической системной арт-терапии (САТ), применяемой с ветеранами боевого стресса.

100 рисунков, созданных участниками экспериментальной и контрольной группы на основе применения теста Сильвер, были в случайном порядке выбраны и оценены с использованием шкалы юмора. Оказалось, что чувство юмора проявляется в рисунках у значительного числа пациентов (от 38% до 45% на разных этапах лечения). Это существенно превышает соответствующий показатель у представителей разных возрастных групп как мужчин, так и женщин, по данным Р. Сильвер (Silver, 2002). Согласно Р. Сильвер, юмор разного типа проявлялся в рисунках у 9% детей в возрасте 9–12 лет, у 19% подростков 13–19 лет, у 21% лиц от 20 до 65 лет и у 19% лиц старше 65 лет (в среднем у 18% испытуемых в разных возрастных группах).

При этом американскими исследователями было отмечено значительно более частое проявление юмора в рисунках мужчин по сравнению с рисунками женщин (24% и 13% соответственно), что определило статистически значимые различия в показателях шкалы у разных полов ($P < 0,01$). Но даже при таком соотношении показателей юмора в рисунках у мужчин и женщин в США полученные нами данные выглядят впечатляюще.

Дополнительный анализ рисунков на основе применения шкалы юмора позволил провести дифференцированную оценку разных видов юмора на начальном и заключительном этапах лечения.

Наиболее часто встречается амбивалентный, нейтральный юмор (11–17%), несколько менее часто положительный, жизнеутверждающий юмор (4–7%), а также уничижительный (4–6%), самоуничижительный (3–6%) и «черный», но не болезненный юмор (5–7%) и умеренно положительный юмор (4–6%). «Черный», болезненный (садистский) юмор встречается реже всего (0–3%).

Соотношение разных видов юмора по результатам нашего исследования отличалось от американских данных. Наиболее часто встречающейся разновидностью юмора среди взрослых (20–65 лет), по данным Р. Сильвер (Silver, 2002), являлся не амбивалентный, а самоуничижительный и уничижительный юмор (в сумме 8% от общего числа обследованных). Положительный, жизнеутверждающий юмор был весьма распространен (7%). Амбивалентный юмор в американских исследованиях проявлялся примерно с той же частотой (3%), что и «черный», болезненный юмор (3,5%). Умеренно положительный юмор был представлен

Таблица 13

Проявление разных видов юмора в рисунках ветеранов войн

Разновидности юмора и их балльная оценка	Экспериментальная группа (% от общего числа пациентов)		Контрольная группа (% от общего числа пациентов)	
	Начало лечения	Окончание лечения	Начало лечения	Окончание лечения
«Черный», болезненный (садистский) юмор – 1 балл	2	3	1	0
«Черный», но не болезненный юмор – 1,5 балла	5	7	6	5
Уничижительный юмор – 2 балла	6	4	4	5
Самоуничижительный юмор – 2,5 балла	5	6	3	5
Амбивалентный, противоречивый, нейтральный юмор – 3 балла	11	14	15	17
Умеренно положительный, жизнеутверждающий юмор – 4 балла	4	5	7	7
Положительный, игривый, жизнеутверждающий юмор – 5 баллов	5	6	5	4
Общее количество юмористических рисунков	38	45	41	43

в наименьшей степени. В целом, по данным Р. Сильвер, негативный юмор (с оценками менее 3 баллов) явно преобладал в разных возрастных группах над положительным. Их соотношение составило 68% и 24% от общего числа юмористических рисунков, в нашем исследовании 32% и 26%.

Для дополнительного изучения связи между проявлениями юмора в рисунках, с одной стороны, и познавательными и творческими способностями, с другой стороны, 100 пациентов, чьи рисунки были оценены с помощью шкалы юмора, были разделены на две подгруппы. В одну подгруппу вошли пациенты, проявившие чувство юмора, в другую – те, в рисунках которых юмор отсутствовал. Затем были рассчитаны средние оценки по одной из когнитивных шкал (шкале для оценки способности представ-

лять и воспроизводить историю), которая считается наиболее валидной для оценки творческих способностей (Копытин, 2010).

В первой подгруппе средняя оценка по данной шкале составила 4,79 баллов ($m \pm 0,08$), а во второй – 4,32 балла ($m \pm 0,11$). При сопоставлении этих оценок с использованием t-критерия были выявлены достоверные различия ($p < 0,05$). Таким образом, проявления чувства юмора в рисунках оказались тесно связанными с познавательными и творческими способностями, оцениваемыми по методу Сильвер на основе применения таких признаков, как оригинальность, метафоричность и выразительность рисунка, значительные преобразования, внесенные автором в стимульный материал, проявление в рисунке игрового начала, двойного смысла, иносказательности, чувства юмора.

Все это позволяет заключить: проявление юмора в рисунках пациентов характеризует не только их эмоциональную, но и познавательную сферы как тесно связанные друг с другом и согласованно выполняющие важную функцию переработки и интеграции опыта (включая пережитый травматический опыт) на основе оперирования визуальными образами. Это подкрепляется наблюдениями целого ряда авторов, в частности М. Ньюман, о том, что юмор используется людьми с целью совладания со стрессом и когнитивной реструктуризации сложной информации. И. Джейкаб считает, что «для понимания и выражения чувства юмора требуются достаточные интеллектуальные способности и гибкость мышления» (Jakab, 1998, p. 18).

Мы также не могли не обратить внимания на неоднократное проявление чувства юмора в изобразительной продукции одних и тех же пациентов. Это дает основание считать, что проявление юмора в процессе арт-терапии более тесно связано с личностными особенностями, нежели с динамикой терапевтических изменений. Сравнение показателей юмора в обеих группах на начальном и заключительном этапах лечения с применением критерия знаков статистически значимых различий не выявило ($p > 0,05$).

В то же время нельзя не признать, что в процессе групповой арт-терапии различные проявления чувства юмора (не только в изобразительной продукции, но и в обсуждениях и общении пациентов друг с другом и ведущим) связаны с групповой динамикой, формированием особой культуры группы. Проявления юмора могут в условиях такой культуры поддерживаться и служить одним из факторов самоидентификации ее членов. Это

очевидно имело место в процессе групповой арт-терапии с ветеранами боевого стресса. Чувство юмора также в значительной мере было связано с раскрывающимися ресурсами группы – ее общей сопротивляемостью стрессам, адаптационным потенциалом, механизмами копинга и защиты.

Несмотря на имеющиеся у пациентов проявления посттравматических расстройств и иных нарушений невротического регистра, подавляющее большинство из них характеризовалось в преморбиде значительным потенциалом резистентности, высокими эмоционально-волевыми и иными ценными личностными качествами. Многие служили в ВДВ и других подразделениях, требующих соответствующих исходных физических и психологических данных, прошли отбор и в дальнейшем школу воинской службы.

ПРИЛОЖЕНИЕ

В приложении представлены упражнения, основанные на изобразительной деятельности. Они могут использоваться на разных этапах реализации программ арт-терапевтической помощи при работе со стрессовыми и постстрессовыми состояниями. В то же время некоторые из них могут быть включены в терапевтические или тренинговые программы, рассчитанные на работу с иными состояниями и запросами участников занятий. Для этого необходимо будет оценить их полезность для данных ситуаций, принимая во внимание особенности клиентской группы и выдвигаемые задачи.

Возможно, читатели этой книги сами будут в дальнейшем использовать освоенные техники в качестве эффективных инструментов психологической самопомощи, если окажутся в сложной жизненной ситуации. Тогда природа и психологические эффекты изобразительной деятельности на основе выполнения определенных структурированных заданий станут близкими и понятными. Творчество и исцеление тесно связаны друг с другом. Творчество помогает выражать и осознавать чувства и снимать эмоциональное напряжение, лично развиваться, находить пути решения проблем, противостоять стрессу, повышать качество жизни.

Каждое упражнение включает следующие этапы:

1. Краткое описание его основного назначения и психологического феномена, для работы с которым предназначено данное упражнение.
2. Время и материалы, необходимые для его выполнения.

3. Ряд вопросов, которые помогут участникам включиться в выполнение задания.
4. Пошаговое описание творческих действий, предусмотренных в упражнении.
5. Описание впечатлений от выполненного задания и восприятия созданных рисунков в специально отведенном для этого месте (либо в специальном блокноте или журнале).

Перед выполнением любого упражнения целесообразно подготовить все необходимые материалы, чтобы не отвлекаться в процессе работы. Важно иметь достаточное время для завершения работы.

Последовательность разных техник, изложенных в приложении, соответствует общему плану арт-терапевтического вмешательства при работе с пострадавшими от психической травмы. Прежде всего важно освоить техники, соответствующие первому этапу терапии, направленному на решение задач начальной психологической и физической стабилизации, на достижение контроля над состоянием и чувства безопасности на основе релаксации и работы с помогающими образами, а также создание удерживающей среды.

Освоив эти техники, можно перейти к использованию техник, соответствующих следующему этапу терапии. Этот этап направлен на выражение и проработку травматического опыта, переоценку психотравмирующей ситуации и ревизию личностных позиций на основе активизации рефлексивных, познавательных механизмов в их сочетании с невербальными средствами выражения опыта. В дальнейшем можно освоить дополнительные, более сложные техники, применяемые на данном и последующем этапе терапии, а также познакомиться с техниками, применяемыми в ходе дальнейшего сопровождения клиентов и необходимыми для совладания с последствиями психической травмы.

1. Арт-терапевтические приемы начальной и последующей психологической стабилизации

Упражнение № 1. Изображение дыхания

Психическая травма негативно влияет на процесс дыхания, может приводить к временным или более устойчивым функциональным нарушениям дыхания (учащение, поверхностность ли-

бо неравномерность). Такие нарушения дыхания способствуют усилению эмоциональных проявлений травматического стресса в виде повышенной тревожности и страха.

Обращая внимание на дыхание и делая его более глубоким и равномерным, можно повысить его качество, тем самым научиться снимать эмоциональные проявления травматического стресса и достичь физического комфорта. Это также поможет нейтрализовать неприятные мысли и воспоминания, связанные с любыми неприятными ситуациями.

Использование простых изобразительных приемов в сочетании с равномерным и глубоким дыханием позволяет еще больше повысить контроль над физическим и эмоциональным состоянием.

Рекомендуемое время на выполнение упражнения (включая описание и анализ): 45–60 минут.

Материалы: бумага для рисования формата А4 и А3, масляная пастель черного цвета.

Инструкция

Подготовка

Необходимо сесть удобно на стуле, чтобы спина была прямая и стопы равномерно прилегали к полу. Обратите внимание на дыхание: насколько оно поверхностное или глубокое; каков ритм дыхания – частый, редкий, средний. Почувствуйте движения грудной клетки, связанные с вдохом и выдохом. Насколько ваше дыхание равномерное?

Основная часть

1. Начните рисовать черной масляной пастелью разные линии на листе А3. Линии могут быть короткими или длинными, тонкими или толстыми, прямыми или извилистыми. Попробуйте разную степень нажима. Можете ставить пунктирные линии и точки.
2. Сфокусируйтесь на дыхании. При каждом вдохе и выдохе представляйте их мысленно в виде линий и затем начните изображать эти линии на листе А4. Можете использовать разные виды линий, которые вы исследовали на предыдущем этапе. Продолжайте делать это в течение примерно пяти минут. Если вы чувствуете себя достаточно комфортно, можете закрыть глаза и рисовать с закрытыми глазами.

3. Измените характер дыхания, стараясь сделать его несколько более редким и глубоким. Используйте в процессе дыхания живот, почувствуйте движения брюшной стенки по мере углубления дыхания. Продолжая дышать более глубоко, можете мысленно произносить: «Я вдыхаю покой. Я выдыхаю напряжение», «Покой приходит. Напряжение уходит».
4. Возьмите другой лист бумаги А4 и в течение пяти минут сопровождайте глубокое дыхание изображением линий, соответствующих его изменившемуся характеру. Если вы чувствуете себя достаточно комфортно, можете закрыть глаза и рисовать с закрытыми глазами.

Описание и самоанализ

1. Опишите особенности линий, которые вы нарисовали
2. Опишите различия и сходства, которые вы обнаружили, сравнивая линии на двух листах. Обратите внимание не только на особенности самих линий, но и то, как они располагаются на листе бумаги.
3. Обозначьте, как линии могут отражать разный уровень внутреннего напряжения.
4. Удалось ли вам произвольно изменить характер дыхания и повлиять на свое состояние?

Примечание: В дальнейшем вы можете пользоваться данным упражнением, произвольно меняя характер дыхания и влияя на свое состояние, снижая уровень внутреннего напряжения. Постепенно вы сможете усовершенствовать навык контроля над дыханием и психической саморегуляции.

Упражнение № 2. Создание безопасного места

Каждому человеку нужна среда, в которой он мог бы чувствовать себя в безопасности и комфорте. Этим местом может быть сад, берег моря, комната или дача. Не всегда, однако, у человека есть возможность оказаться в этом месте, когда он в этом нуждается. В этом случае можно воспользоваться силой воображения, вызывая внутренний образ этого места. Формирование такого образа доказало свою эффективность при нахождении человека в стрессовых ситуациях. Это помогает восстановить ощущение комфорта и безопасности.

Особенно полезной данная способность может быть для людей, перенесших психическую травму. Когда они начинают пере-

живать наплывы неприятных воспоминаний, чувств и мыслей, они могут произвольно регулировать свое состояние, используя соответствующие гармонизирующие образы. Навыки активного воображения, связанные с представлением гармонизирующих образов, очень важны для поддержания внутреннего равновесия.

Данное упражнение поможет сформировать и нарисовать образ безопасного и комфортного пространства с целью более эффективного совладания со стрессом и последствиями психической травмы.

Рекомендуемое время выполнения упражнения (включая описание и самоанализ): 45–60 минут.

Материалы: бумага для рисования формата А3, масляная пастель или карандаши разных цветов, гуашевые краски, кисточки, палитра, вода.

Инструкция по выполнению упражнения

Подготовка

1. Вспомните разные места, реальные и воображаемые, находясь в которых вы могли бы чувствовать себя комфортно и безопасно. Если вы не можете вспомнить ни одно из таких мест, не беспокойтесь. Постарайтесь представить его в своем воображении сейчас.
2. Представьте себе одно из таких мест как можно более ярко. Оно может быть как реальным, так и воображаемым, а также сочетать в себе признаки того и другого. Вы можете наполнить это место любимыми деталями, которые захотите, чтобы сделать его как можно более привлекательным для себя.
3. Постарайтесь живо представить себе те предметы и сенсорные характеристики, которые имеют особо важное значение для создания ощущения безопасности и комфорта. Это могут быть цветы, музыка, личные предметы и т. д.

Основная часть

1. Нарисуйте безопасное место, которые вы представили. Можно это делать по-разному, например, изображать вид этого места сверху, сбоку, в виде схемы или более детализированного реалистического рисунка и т. д.
2. Можете обратить дополнительное внимание на те детали, которые позволяют вам чувствовать себя в безопасности и контролировать ситуацию, например: закрыта ли входная дверь, какой вид открывается за окном и т. д.

Описание и самоанализ

1. Представьте, будто вы перенеслись в изображенное место, и попытайтесь увидеть то, что находится слева и справа, спереди и сзади от вас, над вами и под вами. При этом вы можете при желании создать несколько дополнительных зарисовок.
2. Составьте список визуальных признаков безопасного места, которое вы изобразили. Опишите, почему каждое из них для вас имеет значение.
3. Представьте изображенное место в натуральную величину, рассмотрите детали. Подумайте, в каких ситуациях воображение такого места может быть для вас полезно. Можете ли вы хотя бы на несколько минут представлять его себе, находясь среди людей, на более длительное время, когда находитесь в уединении?
4. Запишите последовательность действий, совершаемых в воображении, которые помогут вам внутренне посещать такое безопасное место в будущем. Например, вы можете записать примерно следующее: «Отправляясь в безопасное и комфортное для себя место, я открываю дверь внутренней комнаты...». Или: «Отправляясь в безопасное и комфортное для себя место, я ступаю на лестницу, ведущую...».

Примечание: В дальнейшем вы можете упражняться, с закрытыми глазами представляя в деталях изображенное место. Вы можете также повесить свой рисунок на стенку или даже поместить его в рамку и поставить на стол для того, чтобы иметь возможность созерцать его, когда захотите.

Кроме того, вы можете попытаться создать такое место в реальности. Оно может представлять собой помещение или его часть с необходимыми предметами, которые организованы с соответствием с вашими потребностями в безопасности и комфорте.

Упражнение № 3. Круг как выражение внутренней целостности и равновесия

Различные символические формы могут отражать и поддерживать психические состояния и процессы. Во многих случаях, например, попадая в стрессовую ситуацию, на основе представления и изображения определенных символических форм человек может лучше оценить свое текущее состояние, а также активно

влиять на него, например, способствовать его гармонизации. Одной из ключевых символических форм, занимающих важное место в разных культурах как выражение единства и целостности и нередко используемых в качестве фактора достижения внутреннего равновесия и гармонии, является круг (сфера). Изображение и созерцание циркулярных форм может являться составной частью практик саморегуляции.

Так, например, человек может формировать циркулярный образ, отражающий его представление о ресурсном состоянии (состоянии внутреннего равновесия, комфорта, фокусировки на источнике внутренней силы) и использовать этот образ в качестве визуальной модели, настраиваясь на которую, он может этого состояния достичь или его поддержать. Другим способом использования круга с целью саморегуляции является утилизация его защитных (контейнирующих) свойств. Возможно проецирование в его внутреннее пространство эмоциональных и физических проявлений стресса (болезни) для того, чтобы они могли быть там «удержаны» и затем трансформированы в более ресурсное состояние. Все это может осуществляться на основе создания рисунков в круге разного размера и заполнения их внутреннего пространства разными формами и цветами, ассоциирующимися с текущим или искомым состоянием.

Повторение данной процедуры может способствовать не только развитию навыков саморегуляции, но и выявлению особенностей динамики внутренних изменений, делая более наглядными визуальные признаки состояний по мере их изменения в рамках разных промежутков времени (например, в течение курса арт-терапии или уже после его завершения).

Данное упражнение помогает сформировать и передать чувственный образ ресурсного состояния, связанного с ощущением комфорта, безопасности и внутреннего равновесия на основе рисования круга и заполнения его внутреннего пространства разными формами и цветами. Полученные навыки могут быть в дальнейшем использованы с целью саморегуляции.

Рекомендуемое время на выполнение упражнения (включая описание и самоанализ): 45–60 минут.

Материалы: бумага для рисования формата А3, масляная пастель или карандаши разных цветов, гуашевые краски, кисточки, палитра, вода, пластиковая или бумажная разовая тарелка.

Инструкция по выполнению упражнения

Подготовка

1. Прежде всего, подготовьте удобное место для рисования, где вам никто бы не помешал. В случае необходимости, предупредите близких о том, чтобы в течение 45–60 минут вас не тревожили. Рисовать можно на полу, на планшете или на столе. Можно дополнительно обратить внимание на то, чтобы сделать пространство вашей работы более комфортным и привлекательным, например, украсить его цветами, включить мягкую, негромкую музыку, которая создавала бы гармоничную атмосферу, но при этом не отвлекала и не была бы слишком волнующей или активизирующей.
2. Поместите перед собой лист бумаги и набор изобразительных материалов.
3. Расположитесь удобно, сидя перед столом или планшетом с листом бумаги и изобразительными материалами.
4. Постарайтесь расслабиться. Если заметите, что какие-то части вашего тела остаются напряжены, расслабьте их. Этому может способствовать более глубокое дыхание. Сделав несколько медленных, глубоких вдохов и выдохов, представьте, как напряжение уходит и все мышцы вашего тела расслабляются.
5. Мысленно представьте себе круг как символическое выражение безопасного пространства, которое вы наполните затем разными иными символическими формами и цветами, ассоциирующимися с желаемым для себя состоянием.

Основная часть

1. Начните процесс создания рисунка с обозначения внешних границ – начертите круг рукой или обведите пластиковую или бумажную тарелку. Диаметр круга может при этом составлять примерно 25 см.
2. Постарайтесь еще раз ощутить круг как символ, обозначающий безопасное и комфортное место, в которое могут быть спроецированы ваши представления, чувства и ощущения, связанные с ресурсным состоянием.
3. Переходите к заполнению внутреннего пространства круга. Не пытайтесь воспроизводить известные вам образцы. Не спешите, постарайтесь более глубоко прочувствовать процесс

создания мандалы, формы и цвета, которые ассоциируются с ресурсным состоянием и постепенно формируют внутреннюю структуру круга. Можете делать небольшие паузы, чтобы расслабиться, используя для этого более глубокое и ровное дыхание.

4. Когда вы почувствуете, что создание рисунка подходит к концу, постарайтесь рассмотреть его целиком. Обратите дополнительное внимание на те детали, которые позволяют вам чувствовать созданный рисунок как символ ресурсного состояния. В случае необходимости, усильте эти детали или дополните рисунок новыми, чтобы он еще больше соответствовал вашему представлению и ощущению ресурсного состояния.

Описание и самоанализ

1. Когда вы почувствуете, что создание рисунка закончено, продолжая на него смотреть, постарайтесь почувствовать и воспринять его целиком. Также обратите внимание на то, каким качеством обладают разные части и изобразительные элементы рисунка и как они соотносятся друг с другом.
2. Обозначте на обороте листа дату создания рисунка.
3. Взяв лист писчей бумаги, блокнот и ручку, вы можете затем записать следующее:
 - название рисунка (исходя из первой или наиболее важной ассоциации);
 - ряд ассоциаций к рисунку в целом или к его наиболее значимым элементам (последнее имеет особое значение в тех случаях, когда разные части или элементы обладают разным качеством, например, представлены разными цветами или формами);
 - кратко описать свое эмоциональное и физическое состояние, которое предшествовало созданию мандалы, ощущалось в процессе рисования, и которое вы испытываете сейчас;
 - указать то, что происходило с вами в течение дня или в последние дни (период вашей жизни); данная информация может помочь вам сейчас и в дальнейшем при создании серии мандал увидеть связь между рисунком, особенностями вашего состояния и внешними условиями;
 - подобрать к своему рисунку известное вам какое-либо музыкальное произведение или его фрагмент; ориентируйтесь на то, чтобы музыка выражала атмосферу вашего рисунка, его

внутреннюю динамику; иногда достаточно представить себе тот или иной ритм, темп и лад, общий характер звучания; аналогичным образом вы можете ассоциировать свой рисунок с тем или иным движением – простым или более сложным, в том числе с танцем; вы также можете воспроизвести одно или несколько движений и почувствовать их соответствие рисунку.

Примечание: В дальнейшем вы можете упражняться, представляя в деталях созданный вами рисунок или даже созерцая его и вспоминая то состояние, которое он отражает. При этом вы вновь можете входить в это состояние, делать его переживание более ярким. В то же время ваши потребности и, соответственно, представления о ресурсном состоянии с течением времени могут меняться. Поэтому вы можете повторить всю процедуру и создать новые рисунки, соответствующие изменившемуся представлению о ресурсном состоянии. Вы можете также вставить свои рисунки в рамку и повесить их на некоторое время на стенку или поставить на стол для того, чтобы иметь возможность созерцать их, когда захотите.

Упражнение № 4. Галерея гармонизирующих образов

Данное упражнение может рассматриваться как продолжение предыдущего. Оно также направлено на развитие навыков активного воображения, необходимых для успешного преодоления последствий психической травмы. Человек может в своем воображении перемещаться в комфортную, гармонизирующую среду с целью снижения внутреннего напряжения. В то же время определенная степень контакта с внешней реальности при этом также необходима. Попадая в стрессовую ситуацию и регулируя свое внутреннее состояние, человек должен сохранять способность осознавать и по возможности контролировать то, что происходит вокруг, совершать те или иные действия, направленные на преодоление угрозы.

Выполняя данное упражнение и создавая серию картин, можно развивать навыки активного воображения.

Рекомендуемое время на выполнение упражнения (включая описание и самоанализ): 45–60 минут.

Материалы: альбом или планшет с бумагой для рисования формата А4, иллюстрированные журналы, клей, ножницы.

Инструкция по выполнению упражнения

Подготовка

Составьте список различных мест, пребывание в которых давало бы вам ощущение комфорта и безопасности.

Основная часть

1. Посмотрите несколько иллюстрированных журналов и выберите ряд картинок, изображающих места, пребывание в которых создавало бы ощущение комфорта и безопасности. Это могут быть как помещения, так и открытые пространства, например, природные пейзажи.
2. Вырежьте эти картинки.
3. Расположите каждую из этих картинок на отдельном листе вашего альбома или планшета для рисования.
4. Если желаете, оформите обложку альбома или планшета для рисования и подберите название для вашей коллекции гармонизирующих образов.

Описание и самоанализ

1. Рассмотрите образы, помещенные вами в альбом или на планшет, обратите внимание на визуальные и иные сенсорные характеристики изображенных на них мест.
2. Представьте, что вы действительно очутились в одном из изображенных мест, и ответьте на следующие вопросы:
 - Вы стоите, сидите или идете?
 - Где вы точно находитесь в пространстве этой картины?
 - Какова температура окружающей среды?
 - Какое это время суток?
 - Опишите звуки, запахи, виды этого места.
 - Во что вы одеты?
 - Вы предпочитаете находиться здесь в одиночестве или с кем-то?
 - Как представление себя в этом месте повлияло на ваше ощущение комфорта и безопасности?

Примечание: При желании вы сможете пользоваться созданной галереей образов с целью гармонизации своего состояния. Достаточно отвести 1–10 минут созерцанию одной из выбранных картин, представляя себя при этом в данном месте.

Упражнение № 5. *Защитный контейнер*

Важную роль в ситуациях повышенного напряжения и переживании последствий психической травмы может играть использование таких приемов саморегуляции, которые основаны на представлении или создании контейнеров или символических защитных форм. Это позволяет снижать эмоциональное напряжение, регулировать поведение и соматические проявления, связанные с травматическим стрессом. Неприятные симптомы, переживания, мысли и воспоминания, связанные со стрессом, могут быть символически помещены в соответствующий контейнер с целью самозащиты, а также переработки или нейтрализации травматической информации. Делая это, вы как бы убираете эту информацию «с глаз долой» и организуете себя для продуктивной деятельности. В то же время наличие контейнера, в который вы поместили травматический материал, позволит вам при желании и готовности, когда ваше состояние стабилизируется, обратиться к осмыслению и психологической переработке прошлого опыта.

Создание контейнирующих форм и помещение в них связанных с травмой мыслей и переживаний может рассматриваться как эффективный способ саморегуляции, защищающей от повторной травматизации. Данное упражнение предполагает создание различных контейнирующих символических форм наподобие ящиков, сосудов, клеток, коробок и т. д., в которые можно помещать неприятную информацию.

Рекомендуемое время на выполнение упражнения (включая описание и самоанализ): 45–60 минут.

Материалы: бумага для рисования формата А3, масляная пастель или карандаши разных цветов, гуашевые краски, кисточки, палитра, вода.

Инструкция по выполнению упражнения

Подготовка

1. Подумайте, какие неприятные мысли, воспоминания, чувства, неприятные физические ощущения или поведенческие проявления вы хотели бы нейтрализовать путем контейнирования.
2. Попытайтесь мысленно представить себе контейнер, в который вы могли бы убрать эти неприятные мысли, чувства,

ощущения или фрагменты поведения. Какого размера может быть этот контейнер, как он выглядит, из чего он сделан, где располагается? Чем более ярко вы представите себе его форму, тем более эффективно он будет работать. Эта форма может быть как реальной, так и фантастической или волшебной. Ваш контейнер может иметь определенный «замок» на входе и выходе. Вы можете им воспользоваться, когда достаточно стабилизируетесь и захотите встретиться с тем, что вас когда-то травмировало или смущало для того, чтобы переосмыслить свой опыт и извлечь из него определенные уроки. Некоторые примеры контейнирующих форм следующие:

- надежно закрывающаяся комната, расположенная в конце длинного коридора; волшебный ларец или мешок, позволяющий надежно удерживать внутри любую энергию;
- облако, которое образуется путем конденсирования (сгущения) неприятных чувств, мыслей и воспоминаний, и медленно перемещаясь по небу, уносит вдаль или сублимирует негативную энергию;
- надувной шарик, в который в момент выдоха может быть помещена неприятная информация.

Основная часть

1. Изобразите тот контейнер, которые вы представили.
2. Представьте и изобразите то место, в котором он находится.
3. Рассмотрите рисунок и, если хотите, добавьте детали, которые могли бы сделать контейнер более эффективным и надежным.

Описание и самоанализ

1. Опишите нарисованный контейнер. Постарайтесь конкретизировать его признаки и место расположения.
2. Поясните, почему эти признаки и место расположения для вас важны.
3. Опишите те мысленные шаги, которые вы совершаете, помещая неприятные мысли или переживания в контейнер. Например, вы можете представить и описать, как вы придаете определенную форму этим чувствам и мыслям, заворачиваете или связываете их, а затем помещаете в контейнер и надежно закрываете вход.

Примечание: В дальнейшем вы можете упражняться, с закрытыми глазами представляя, как вы это делаете. Вы можете пользоваться этим приемом, когда будут возникать какие-либо новые неприятные ситуации. Вы можете пополнять набор контейнеров, предназначенных для разных мыслей, чувств или воспоминаний, изображая их, либо возвращаться к уже созданным рисункам, чтобы их доработать или изменить.

Упражнение № 6. Сеть поддержки

Наличие людей, которые могли бы оказать поддержку и проявить внимание и заботу, очень важно в разных жизненных ситуациях, особенно в ситуации травматического стресса. Присутствие таких людей рядом может успокаивать, вселять надежду и веру. К сожалению, переживая психическую травму, люди нередко замыкаются в себе, и возможность поддержки со стороны других становится более ограниченной.

Мы можем сознательно и более активно прибегать к помощи других людей и целых групп, попадая в трудную ситуацию. Размышляя на эту тему, мы также можем заметить, что используемые нами в стрессовой ситуации контакты не совсем отвечают нашим потребностям и что нам следовало бы более активно использовать те ресурсы поддержки, которые мы ранее не осознавали.

При выполнении данного упражнения предоставляется возможность для того, чтобы осознать и метафорически изобразить ту поддерживающую «сеть» людей, которая может прийти на помощь в сложной жизненной ситуации.

Рекомендуемое время на выполнение упражнения (включая описание и самоанализ): 45–60 минут.

Материалы: несколько листов бумаги для рисования формата А4, цветные карандаши, масляная пастель, гуашевые краски, кисточки, палитра, вода, ножницы, клей.

Инструкция по выполнению упражнения

Подготовка

1. Составьте список людей или групп, которые оказывают или могут оказать вам поддержку, обозначив их в столбик с левой стороны листа бумаги. Это могут быть, например:

- Родственники;

- Друзья;
 - Знакомые;
 - Учителя;
 - Коллеги;
 - Психолог (психотерапевт);
 - Духовные учителя и наставники;
 - Представители определенной профессиональной или иной общественной группы, к которой вы принадлежите;
 - Определенная группа по интересам;
 - Группа встреч и т. д.
2. Представьте, какие вытянутые, гибкие предметы и материалы могли бы метафорически передавать каждый элемент из вашей сети поддержки. Это могут быть такие материалы, как нитки, пряжа, веревка, ремень, цепочка, леска, струна и др. Постарайтесь представить конкретное вещество, из которого они изготовлены. Это могут быть шерсть, шелк, синтетическое волокно, металл (конкретизируйте, какой именно) и др. Представьте себе также окраску каждого из них, а также их иные, в частности, визуальные и тактильные характеристики: упругость, жесткость или мягкость, толщину, гладкость или шершавость и т. д. Обозначьте все эти материалы и опишите эти характеристики напротив каждого элемента вашей поддержки.

Основная часть

1. Нарисуйте ряд вытянутых, гибких предметов и материалов в виде полос, стараясь передать их свойства (цвет, фактуру и др.) на листе А4, оставляя между ними свободное пространство. Рядом с каждым из них можете написать, какого человека или группу людей из сети вашей поддержки они обозначают.
2. Вырежьте по контуру каждый из изображенных нитевидных предметов.
3. Разделите их на две равные группы.
4. Затем разместите полоски из одной группы вертикально на чистом листе бумаги формата А3, оставляя между ними пустое пространство размером примерно в половину ширины каждой полоски.
5. Приклейте все полоски сверху к листу бумаги.

6. Располагая горизонтально полоски из второй группы, проденьте одну за одной через приклеенные вертикальные полоски, сформируйте плетеную поверхность.
7. Приклейте свободные концы вертикальных и горизонтальных полосок к бумажной основе.

Описание и самоанализ

1. Посмотрите на то, что получилось, и опишите свои впечатления. Воспринимается ли созданная сплетенная поверхность как достаточно крепкая или слабая, достаточно крупная или маленькая?
 2. Запишите пояснения, почему вы решили обозначить каждый элемент своей сети поддержки нитевидным предметом с соответствующими свойствами, имеющими определенный цвет, плотность, материал изготовления и т. д.
 3. Постарайтесь вспомнить некоторые ситуации, когда вы нуждались во внешней поддержке. Имели ли вы возможность воспользоваться этой поддержкой, искали ли ее? Если нет, то почему?
 4. Поясните, почему каждый из обозначенных вами факторов внешней поддержки вы считаете для себя значимым.
 5. Подумайте и запишите, как вы могли бы усилить или улучшить имеющуюся у вас сеть поддержки. Подумайте, к каким еще людям или группам людей вы могли бы обращаться в сложных жизненных ситуациях. Какие шаги вы можете предпринять для того, чтобы усилить имеющуюся у вас сеть поддержки?
2. **Арт-терапевтические приемы, направленные на содержательную переработку травматического опыта и связанных с ним эмоциональных состояний**

Упражнение № 7. *Пейзажи эмоционального состояния*

В некоторых жизненных ситуациях человеку бывает трудно выразить и понять свои чувства. Это, в частности, относится к тем, кто пережил психическую травму. Чувства могут быть столь интенсивными или даже непереносимыми, что человек утрачивает способность к пониманию и передаче своих переживаний. Нередко в качестве защитной реакции в этой ситуации используется эмоциональное «онемение» или вытеснение переживаний, что может быть одной из причин трудностей в передаче и осознании чувств.

Восстановление способности чувствовать и осознавать свои переживания может быть очень важным для преодоления последствий психической травмы и возвращения к нормальной жизни, выступать одной из задач лечения. Очень важно не только признать факт наличия тех или иных чувств, но и высокую вероятность их трансформации. Так, обида и возмущение могут переходить в ярость, а страх сменяться подозрительностью и настроенностью. Положительные переживания могут чередоваться с отрицательными. Это позволяет признать, что травматический опыт также может быть с течением времени трансформирован, а боль и страдание не могут продолжаться бесконечно.

При выполнении данного упражнения дается возможность создать две картины. В первой части задания создается картина, передающая текущее состояние или состояние, связанное с пережитой сложной жизненной ситуацией. Во второй части задания создается картина, выражающая возможные позитивные изменения в эмоциональном состоянии.

Рекомендуемое время на выполнение упражнения (включая описание и самоанализ): 60–90 минут.

Материалы: два листа белой бумаги А4, цветные карандаши или масляная пастель, гуашевые краски, кисточки, палитра, вода.

Инструкция по выполнению упражнения

Часть первая

Подготовка

1. Представьте себе определенный пейзаж, который мог бы служить метафорой вашего текущего эмоционального состояния или пережитой вами психической травмы (сложной жизненной ситуации). На пейзаже могут быть горы или холмы, пустыня, скалы, морской пейзаж и т. д.
2. Постарайтесь почувствовать и представить себе погодные условия, характерные для этого пейзажа и соответствующие вашему эмоциональному состоянию. Вы, в частности, можете представить себе морозную погоду и снегопад, зной, шторм или наводнение и т. д.

Основная часть

Создайте картину, передающую тот пейзаж и те погодные условия, которые вы представили, на листе форматом А4. Добавьте детали, постарайтесь сделать картину более выразительной.

Описание и самоанализ

1. Представьте, что может чувствовать человек, находящийся в том или ином месте на изображенной вами местности. Обозначьте чувства и физические ощущения.
2. Представьте и опишите, что делал бы человек, оказавшись в этом месте. Например, искал бы он укрытие, стоял бы на месте или спасался бегством.
3. Сфокусируйте поочередно внимание на разных деталях созданной картины и постарайтесь обозначить чувства, ассоциирующиеся с ними. Так, например, одинокое дерево может передавать переживание одиночества.

Часть вторая

Подготовка

Представьте, как можно было бы изменить созданный вами пейзаж и состояние природы на нем:

- добавляя или заменяя некоторые элементы картины;
- меняя местами или трансформируя имеющиеся элементы;
- уменьшая или усиливая определенные части;
- изменяя погодные условия.

Основная часть

Создайте еще одну картину, передающую измененный пейзаж или погодные условия. Доверьтесь процессу, выбирая формы и цвета, которые потребуются, чтобы сделать картину более выразительной.

Описание и самоанализ

1. Представьте, что может чувствовать человек, находящийся в том или ином месте на изображенной вами местности. Обозначьте его чувства и физические ощущения.
2. Представьте и опишите, что делал бы человек, оказавшись в этом месте. Например, он мог бы танцевать, гулять, отдыхать, лежа на траве, любоваться пейзажем и т. д.
3. Сфокусируйте поочередно внимание на разных деталях созданной картины и постарайтесь обозначить чувства, ассоциирующиеся с ними.
4. Расположите оба рисунка рядом друг с другом и обратите внимание на сходства и различия между ними.

5. Постарайтесь объяснить письменно, почему вы предпочли бы находиться в той или иной обстановке.

Примечание: Вы можете попробовать создать несколько новых картин, передающих новые варианты трансформации исходного пейзажа. Постарайтесь выбрать из них тот, который в наибольшей мере вас устраивает.

Упражнение № 8. Работа с чувствами злости и гнева

Как и другие чувства, чувства злости и гнева являются нормальными человеческими переживаниями, требующими своего признания и выражения. В то же время выражение этих чувств не должно приводить к причинению ущерба себе и другим. Переживание чувств злости и гнева может побуждать человека к изменению сложившейся системы отношений, являться стимулом к более решительным действиям. Часто эти чувства появляются в тех случаях, когда человек чувствует себя недооцененным, обделенным, игнорируемым, отвергнутым, непонятым, а также когда возникает угроза его интересам. Эти чувства также нередко возникают в ответ на агрессию извне, при переживании боли и психической травмы. Злость, гнев и ярость, как правило, входят в структуру переживаний, характерных для посттравматических состояний.

Личность может по-разному относиться к подобным чувствам: одни позволяют себе их открыто выражать, другие склонны эти чувства подавлять. Нередко открытому выражению злости и гнева мешает страх потери над ними контроля, причинения ущерба окружающим либо представления о моральной недопустимости этих переживаний. Признание естественности и даже необходимости этих чувств способствует обретению способности ими управлять и находить оптимальные способы их выражения.

Данное упражнение позволяет выразить эти чувства в метафорической, изобразительной форме и может служить основой для развития навыков управления своим гневом.

Рекомендуемое время на выполнение упражнения: 45–60 минут.

Материалы: белая бумага размером А3; старые газеты и журналы с иллюстрациями; клей, ножницы.

Инструкция по выполнению упражнения

Подготовка

Постарайтесь вспомнить различные проявления чувств злости и гнева на эмоциональном и физическом уровне, возможно, внутренне обращаясь к какому-то событию из вашей жизни.

Основная часть

1. Просмотрите иллюстрации в газетах и журналах и подберите несколько картинок, которые бы отвечали на вопрос «На что похожи мои чувства злости и гнева?». При выполнении данного упражнения лучше пользоваться изображениями неодушевленных предметов (природные и неприродные объекты).
2. Вырежьте эти картинки.
3. Посмотрите на вырезанные картинки, передающие ваши чувства злости и гнева, и постарайтесь описать следующие характеристики, связанные с изображенными объектами или их группами:
 - масса, размер, текстура и температура;
 - ощущения, которые возникали бы у вас, если бы вы взяли один или несколько объектов в свои руки;
 - какие звуки способны произвести данные предметы?
 - какие звуки вы хотели бы произвести с помощью данных предметов (предмета)?
 - что могли бы сказать эти предметы (предметы)?
 - где эти предметы (предмет) находятся?
 - являются ли эти предметы неподвижными или движутся?
 - если они движутся, то как, в каком ритме и с какой скоростью?
4. Вновь посмотрите иллюстрации в газетах и журналах и подберите один или несколько рисунков, которые могли бы служить «помощниками» предметам, изображенным на предыдущих картинках.
5. Перемещая первые и вторые рисунки на листе бумаги, постарайтесь найти для них оптимальное расположение относительно друг друга и затем приклейте их.
6. Дождитесь, чтобы чувства злости и гнева, проявившиеся в процессе работы, стабилизировались, и чтобы вы почувствовали себя достаточно спокойно.

Описание и самоанализ

1. Опишите, что произвело на вас наиболее сильное впечатление в этом упражнении.
2. Поясните, что общее между чувствами злости и гнева и найденными вами рисунками.
3. Опишите качества выбранных вами предметов-«помощников». Как они «помогают» предметам, ассоциирующимся со злостью и гневом?
4. Поясните, почему вы расположили те и другие картинки именно таким образом?
5. Что предметы-«помощники» могут символизировать в вашей жизни, как это может помочь вам лучше выражать чувства злости и гнева?
6. Подумайте, какие еще способы конструктивного выражения этих чувств возможны.
7. Подумайте, чем выражение чувств злости и гнева может быть для вас полезно, к каким изменениям в вашей жизни это могло бы привести.

Примечание: Вы можете использовать данное упражнение для работы с другими чувствами – как положительными, так и отрицательными.

Упражнение №9. «Отпечатки» страха

Страх может быть полезен. Нередко он является сигналом реальной опасности, заставляет нас искать пути минимизации возможного ущерба. В то же время страх нередко мешает мыслить и действовать конструктивно и испытывать удовлетворение, особенно когда он проявляется слишком интенсивно, как бы «парализуя» человека. Страх, как правило, является следствием пережитой психической травмы. Мы боимся пострадать, потерять жизнь или здоровье, близких, ценные для нас предметы и занятия, а также авторитет, любовь и уважение окружающих, утратить контроль над ситуацией или своим состоянием. Далеко не все страхи, возникающие вследствие полученной психической травмы, являются бессмысленными и иррациональными. Так, страх идти ночью по темному переулку вполне оправдан, даже если вы никогда ранее не были ограблены. В то же время из-за пережитого психотравмирующего события некоторые стимулы (звуки, запахи, образы и т. д.) могут порой провоцировать

сильный страх и панику. Возникающая при этом эмоциональная реакция оказывается несоразмерной ситуации.

При работе с последствиями психической травмы необходимо помочь клиенту понять свой страх и его связь с пережитой ситуацией. Для успешной реадaptации и продуктивной деятельности интенсивность реакций страха должна быть значительно снижена. Это может быть достигнуто путем следующих действий:

- определения тех страхов, интенсивность которых является чрезмерной и неадекватной ситуации;
- разграничения адекватные и неадекватные ситуации страхов;
- определения того, что может устранить источники угрозы;
- признания, что некоторые страхи являются естественными и обоснованными с учетом сложившейся ситуации.

Данное упражнение позволяет понять страх и его влияние на жизнь. Необходимо создать серию красочных отпечатков, ассоциирующихся с чувством страха.

Рекомендуемое время на выполнение упражнения: 60–90 минут.

Материалы: белая бумага размером А3, разделенная на шесть частей равного размера; акриловые или гуашевые краски, палитра, кисточки, вода,

Инструкция по выполнению упражнения

Подготовка

1. Постарайтесь вспомнить некоторые страхи, которые возникают или ранее возникали у Вас вследствие пережитого психотравмирующего события.
2. Вспомните некоторые звуки, запахи, образы, места, предметы или ситуации, вызывающие у вас реакцию страха.
3. Обозначьте одну из ситуаций в вашей жизни, повторения которой вы стараетесь избежать, так как она вызывает у вас сильный страх.
4. Перечислите неприятные ситуации, при которых страх либо вовсе не проявляется, либо проявляется слабо.

Основная часть

1. Выберите краски трех цветов, которые ассоциируются со страхом.

2. Создайте абстрактное изображение страха на одном из шести листочков бумаги. Оно должно передавать ваше восприятие страха. Затем, используя это изображение, пока краска еще сырая, вы должны создать с него отпечаток на другом листе бумаги.
3. Создайте отпечаток с этого изображения на другом листе бумаги, прикладывая его к изображению. Не переворачивая этот листок, придавите его сверху, чтобы краска лучше отпечталась. Затем переверните этот листок и посмотрите, что получилось.
4. Повторите то же самое, используя новый листок бумаги и помещая его поверх созданного отпечатка.
5. Повторите то же самое один или несколько раз, пока у вас остаются чистые листочки бумаги и до тех пор, пока краска еще способна оставлять следы.

Описание и самоанализ

1. Подумайте над символикой использованных цветов и созданных изображений.
2. Расположите отпечатки в том порядке, в котором они создавались. Слева должен находиться первый рисунок, с права – последний. Обратите внимание на то, как интенсивность цветов по мере перемещения от первого рисунка к последнему постепенно снижается. Подумайте, как это может быть связано с интенсивностью страха.
3. Выберите отпечаток, который в наибольшей степени соответствует выраженности вашего страха на сегодняшний день.
4. Вспомните про последний случай, когда вы испытывали страх. Выберите отпечаток, который по интенсивности цветов соответствует степени выраженности страха в этом случае. Проанализировав этот случай и выраженность страха, постарайтесь определить, являлся ли ваш страх: адекватным ситуации, чрезмерным, недостаточно выраженным.
5. Определите, чего вы боитесь больше всего, почему.
6. Что помогло бы вам уменьшить этот страх?
7. Посмотрите на последний рисунок из созданной серии отпечатков. Представьте, что вам удалось побороть свои страхи и уменьшить их до степени, соответствующей интенсивности цветов на последнем рисунке. Позволило бы это вам изменить свою жизнь к лучшему? Например: повесить чувство

собственного достоинства, чувствовать себя более уверенно и комфортно, приступить к новой деятельности или заняться новыми хобби, изменить свои отношения с окружающими?

Примечание: используя фломастеры или масляную пастель, на пустых пространствах, оставшихся после создания последнего отпечатка, постарайтесь изобразить то, что вы представляли себе, выполняя п. 7. Данное упражнение может быть также использовано для работы с другими чувствами, такими как гнев, депрессия, вина, стыд и т. д.

3. Арт-терапевтические приемы, направленные на переоценку травматического опыта, самовосприятия и картины мира

Упражнение № 10. Прокладывая путь

В результате полученной психической травмы человек может испытывать неуверенность и страх перед будущим. Возрастает потребность в поддержке со стороны окружающих. В то же время для успешного преодоления последствий психической травмы, для возвращения к полноценной жизни необходима достаточная уверенность в своих силах.

Очень важно признать, что психическая травма может не только подрывать веру человека в себя, но и укреплять ее, становиться источником личностного роста. Иногда перенесенная травма становится толчком к развитию новых личностных качеств, перестройке отношений с миром, людьми и самим собой. Могут также меняться используемые человеком модели поведения и способы преодоления проблемных ситуаций. Могут, в частности, более активно проявляться волевые и лидерские качества, способность к оперативным решениям и действиям. В качестве стратегий совладания со стрессом человек может, например, начать более активно использовать юмор или кооперацию с другими людьми, веру в высшие силы и т. д.

Некоторыми внутренними качествами, способствующими успешному преодолению сложных, стрессовых ситуаций, являются следующие:

- решимость и вера в возможность преодоления препятствий;
- сила воли и смелость;

- готовность к борьбе;
- вера в себя и других людей;
- готовность трезво оценить ситуацию и искать выходы из нее;
- взятие ответственности на себя;
- способность управлять своим состоянием и сохранять самообладание;
- креативность и открытость сознания, умение смотреть на ситуацию в новом, необычном ракурсе;
- чувство юмора.

Данное упражнение связано с созданием визуальной метафоры пути, передающего возможность преодоления травмы и встречи с будущим. Предстоит осознать и обозначить положительные качества своей личности и внешние ресурсы, помогающие пройти этот путь. Все они будут служить метафорическими опорами, ступая по которым, можно двигаться вперед.

Рекомендуемое время на выполнение упражнения (включая описание и самоанализ): 60–90 минут.

Материалы: белая бумага размером А3; бумага или картон формата А4 разных оттенков; карандаши; клей, ножницы.

Инструкция по выполнению упражнения

Подготовка

1. Составьте список различных положительных, ценных человеческих качеств, которыми вы обладаете.
2. Подумайте и кратко опишите, как пережитая психическая травма или сложная жизненная ситуация повлияли на эти качества.
3. Обозначьте новые положительные качества, которые появились у вас в результате переживания и преодоления психической травмы (сложной жизненной ситуации).

Основная часть

1. Выберите по листу цветной бумаги или картона для каждого положительного, ценного человеческого качества, которыми вы обладаете.
2. Вырежьте из них силуэты камней овальной формы примерно 25 см в диаметре, на которые вы могли бы наступать. Напишите на них названия положительных человеческих качеств, которыми вы обладаете.

3. Выберите по листу цветной бумаги или картона для каждого положительного качества, согласно следующему списку (если некоторые из этих качеств совпадают с теми, которые вы уже обозначили как характерные для себя, то выбирать для них бумагу или картон не надо): решимость и вера в возможность преодоления препятствий; сила воли и смелость; готовность к борьбе; вера в себя и других людей; готовность трезво оценить ситуацию и искать выходы из нее; взятие ответственности на себя; способность управлять своим состоянием и сохранять самообладание; креативность и открытость сознания; умение смотреть на ситуацию в новом, необычном ракурсе; чувство юмора.
4. Вырежьте из цветной бумаги или картона еще один набор силуэтов камней овальной формы примерно 25 см в диаметре. Напишите на них названия положительных человеческих качеств, которые включены в этот список.
5. Вырежьте из бумаги и картона определенного цвета форму примерно 50 см в диаметре, обозначающую психическую травму или сложную жизненную ситуацию, и поместите ее в определенное место на построенном вами пути.
6. Вырежьте из бумаги и картона определенного цвета форму примерно 50 см в диаметре, обозначающую окончательное преодоление психической травмы и достижение состояния относительного или полного благополучия, и поместите ее в определенное место на построенном вами пути.
7. На листе А3 создайте рисунок, схематично обозначающий постепенное преодоление вами психической травмы или сложной жизненной ситуации. Путь может быть прямым, извилистым, спиралевидным, напоминающим лабиринт. Начало и завершение, обозначающее окончательное преодоление психической травмы, могут находиться в центре, с краю или на разных концах пути.
8. Постройте символический путь, передающий постепенное преодоление вами психической травмы или сложной жизненной ситуации, располагая на полу вырезанные цветные формы камней, а также две формы, обозначающие травму и ее окончательное преодоление. Этот путь должен начинаться с формы, передающей травму, и заканчиваться формой, обозначающей ее окончательное преодоление.

Описание и самоанализ

1. Запишите, почему вы выбрали те или иные цвета для обозначения ваших положительных качеств и положительных качеств, включенных в готовый список (вы также можете обладать некоторыми из них).
2. Поясните, почему вы изобразили путь преодоления травмы в той или иной форме. Как эта форма может передавать ваши ощущения или представления, связанные с исцелением и преодолением препятствий?
3. Запишите, в каком месте на построенном вами пути вы себя ощущаете в настоящий момент.
4. Обозначьте те дополнительные качества, которые вам необходимы для того, чтобы более успешно преодолеть последствия травмы, и которые вы хотели бы включить в построенную вами картину пути.
5. Подумайте и запишите, как вы могли бы развить в себе эти качества.

Примечание: Вы можете использовать в дальнейшем созданный вами путь, если испытываете сложности или сомнения в возможности преодоления психической травмы или сложной жизненной ситуации. Вы можете не только укреплять в себе решимость и веру в ее преодоление, но и уточнять, какие качества вам необходимы для этого. Вы также сможете воспользоваться полученным опытом и знаниями, применяя данное упражнение с клиентами.

Упражнение № 11. Забота о личных потребностях

Внимание к базовым потребностям в еде, отдыхе, физической активности и т. д. и способность их удовлетворять способствуют поддержанию эмоционального и физического комфорта. Не менее важна способность удовлетворять собственные эмоциональные и духовные потребности, в частности, в переживании положительных эмоций, связанных с общением с людьми, животными и природными объектами, восприятием произведений изобразительного искусства, музыки либо активными занятиями рукоделием, творчеством. Это важно для повышения эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий, в том числе для преодоления последствий психической травмы.

Некоторые достаточно простые действия или процедуры, например, купание, вкусная еда, массаж, чтение интересной книги,

посещение концерта и мн. др. могут способствовать восстановлению чувства комфорта и обретению душевного мира у людей, переживших психическую травму. Данное упражнение позволяет осознать важность заботы о собственных эмоциональных, духовных и физических потребностях и найти наиболее подходящие способы их удовлетворения.

Рекомендуемое время на выполнение упражнения (включая описание и самоанализ): 60–90 минут.

Материалы: белая бумага размером А3, А2 и А1; иллюстрированные журналы; клей, ножницы.

Инструкция по выполнению упражнения

Подготовка

1. Подумайте над тем, как пережитая когда-либо психическая травма или сложная жизненная ситуация повлияла на ваше желание и способность заботиться о своих эмоциональных, духовных и физических потребностях. Какие из этих потребностей стали для вас менее важны, а какие – более важны либо появились новые?
2. Каким образом вы удовлетворяете свои эмоциональные и физические потребности в настоящее время?
3. Какие потребности вы хотели бы удовлетворить в большей мере, как вы это можете сделать?

Основная часть

1. Выберите и вырежьте из журналов изображения, которые могли бы иллюстрировать ваши текущие эмоциональные, духовные и физические потребности и способы их удовлетворения. Это могут быть фотографии с изображением еды, занятий физической активностью, отдыхом на природе. На фото могут быть представлены как среда и объекты, так и люди, занимающиеся каким-либо делом.
2. Постарайтесь расположить все эти образы в виде фотоколлажа так, чтобы они формировали в целом нечто напоминающее фигуру человека. Подберите для этого лист соответствующего формата. Подумайте, в какой части тела лучше расположить те или иные картинки в зависимости от характера потребностей.
3. Когда найдете оптимальное расположение для картинок во внутреннем пространстве фигуры человека, можете их приклеить.

Описание и самоанализ

1. Подумайте и опишите свои соображения по поводу того, почему вы расположили картинки в той или иной части тела на фотоколлаже.
2. Как выбранные картинки связаны с разными потребностями?
3. Обратите внимание на особенности общего расположения фигур и опишите свои наблюдения.
4. Запишите свои соображения по поводу того, как вы могли бы в дальнейшем удовлетворять потребности разного характера:
 - физические;
 - эмоциональные;
 - познавательные и духовные.

Упражнение № 12. Образ «я»

Представление человека о себе самом (образ «я») формируется на основе его жизненного опыта. Психическая травма может отражаться на данных представлениях часто негативным образом. Если человек в раннем детстве получил психическую травму, связанную, например, с недостатком родительского внимания и заботы, физическим или эмоциональным насилием либо пострадал от инцидента, перенес заболевание или утрату, а также иные нарушения в системе значимых отношений (развод родителей), его представление о себе будет в результате этого страдать. Более поздние травматические события (потеря близких, угроза жизни и безопасности и др.) могут, в свою очередь, вызывать разные негативные эффекты, в том числе снижать самооценку, делать человека повышенно ранимым и т. д.

Хотя невозможно полностью защитить свое «я» от негативного влияния психотравмирующих обстоятельств, важно осознавать, как именно изменяется ваше представление о себе в результате таких обстоятельств. Иногда в после полученной травмы у человека формируются ложные умозаключения, например: «Несчастья часто происходят в моей жизни. Я, наверное, их заслужил» или «Я виноват в том, что подобные события происходят в моей жизни». Повторяющиеся психотравмирующие события могут также приводить к формированию у человека устойчивого представления о себе как неуспешном, «ненормальном», неполноценном, непривлекательном, ущербном и т. д.

Изменение негативного представления о себе вследствие полученной психической травмы на более позитивное происходит не одномоментно, требует ряда последовательных действий. Одним из таких действий может, например, являться разотождествление (диссоциация) с травмой, когда человек говорит себе: «Это случилось в моей жизни, но это событие и я – не одно и то же». Можно отнестись к себе, оказать себе поддержку таким же образом, как мы можем оказать поддержку другому человеку, оказавшемуся в сложной ситуации.

Далее предлагается выполнить задание, связанное с созданием фотоколлажа, передающего нынешнее представление о себе, а затем попытаться, в случае необходимости, его изменить. Первая часть задания связана с передачей текущего образа «я». Вторая часть задания позволяет передать тот образ «я», который не подвергся деформирующему воздействию психической травмы.

Примечание: Данное упражнение требует наличия ксерокса.

Рекомендуемое время на выполнение упражнения (включая описание и самоанализ): 60–90 минут.

Материалы:

- белая бумага для рисования размером А2, разделенная на две части (либо четыре листа размером А4). Из них два листа будут использованы при выполнении первой части задания;
- две ксерокопии вашей недавней фотографии (при желании при копировании эта фотография может быть увеличена или уменьшена в зависимости от оригинального размера вашего образа);
- цветная бумага или картон для создания рамки для своего изображения;
- цветные карандаши;
- клей, ножницы.

Инструкция по выполнению упражнения

Первая часть

Подготовка

Подумайте над тем, как пережитая когда-либо психическая травма или сложная жизненная ситуация (в том числе повторяющиеся неприятные события) повлияли на ваше отношение

к себе, включая ваше представление о себе как личности, своих интеллектуальных и эмоциональных возможностях, внешности и физических качествах и т. д.

Основная часть

1. Используя цветную бумагу или картон, создайте либо нарисуйте рамку, в которую вы могли бы поместить свое изображение (ксерокопию своей фотографии). Такая рамка должна символизировать пережитую вами когда-либо психическую травму или сложную жизненную ситуацию (в том числе повторяющиеся неприятные события в вашей жизни, «удары судьбы»). По размеру она должна соответствовать формату бумаги А4.
2. Поместите черно-белую ксерокопию своей фотографии внутрь рамки (при ксерокопировании ваша фотография должна быть увеличена или уменьшена до размера А4).
3. Приклейте рамку и изображение на лист более плотной бумаги А4.
4. Выберите карандаши одного или нескольких цветов, чтобы раскрасить копию своей фотографии или нарисовать на ней определенные детали, чтобы передать то, как травма или неприятные события вашей жизни повлияли на ваше представление о себе.

Описание и самоанализ

1. Посмотрите на свое изображение и подумайте, почему вы выбрали именно эту фотографию.
2. Подумайте, почему вы изобразили или создали для своего образа именно такую рамку. Какой смысл или переживания вы вкладывали в цвета или формы рамки.
3. Какую связь эти особенности имеют с перенесенным травматическим или неприятным событием?
4. Запишите названия цвета (цветов), которые вы выбрали для раскрашивания своего изображения. Подумайте, почему вы выбрали именно этот цвет (цвета)? Какое символическое значение они имеют?
5. Опишите, что вы чувствуете по поводу того, что поместили свой образ в рамку, обозначающую перенесенное травматическое или неприятное событие. Как оно повлияло на ваше восприятие себя?

Вторая часть

Подготовка

1. Посмотрите на то, что вы создали на первом этапе выполнения этого упражнения, и представьте, что изображенный человек – это не вы, а кто-то другой.
2. Какие чувства вы испытали бы по отношению к этому человеку, если бы узнали, что он перенес?

Основная часть

1. Создайте новую рамку для этого человека на фотографии, стремясь улучшить его представление о себе, показывая, что перенесенная психическая травма или сложные жизненные обстоятельства – это далеко не все, что может определять самооценку человека.
2. Вырежьте эту рамку и поместите ее на новый лист бумаги формата А4.
3. Поместите новую копию фотографии (той же самой, которую вы использовали при выполнении первой части данного задания) в рамку и затем приклейте рамку и фотографию к листу плотной бумаги.
4. Выберите один или несколько цветных карандашей, чтобы передать иное восприятие образа человека на фотографии, а затем раскрасьте его образ.

Описание и самоанализ

1. Подумайте, почему вы изобразили или создали для своего второго образа именно такую рамку.
2. Какой смысл или переживания вы вкладывали в цвета или формы этой второй рамки?
3. Запишите названия цвета (цветов), которые вы выбрали для раскрашивания второго изображения. Подумайте, почему вы выбрали именно этот цвет (цвета)? Какое символическое значение они имеют?
4. Сравните два образа. Как созданные рамки и раскраска изображения влияют на восприятие вашего изображения?
5. Если бы вы сохранили вторую рамку и созерцали помещенное в нее свое изображение, как это могло бы влиять на ваше самовосприятие?
6. Что мешает вам в реальности воспринимать себя в таком свете?

7. Представьте, какие первые шаги вы могли бы сделать, чтобы постепенно изменить свое отношение себе?

Упражнение № 13. Ролевая карта в форме лоскутного одеяла

Психическая травма часто приводит к изменениям повседневного функционирования человека, исполнению им разных социальных ролей и функций. Некоторые роли и функции могут быть изменены или искажены, другие утрачены. В то же время могут появляться новые роли. Некоторые изменения ролей могут быть неизбежны или даже необходимы. Так, в случае смерти одного из родителей, другой по возможности должен совмещать роли и функции обоих. В других случаях изменения ролей могут давать временный позитивный эффект или снижать степень эмоционального дискомфорта, но в долгосрочной перспективе оказаться неблагоприятными. Так, вследствие пережитого сексуального насилия один из партнеров может избегать половой близости. Хотя это может быть целесообразно в краткосрочной перспективе, но негативно отражается на долгосрочных отношениях.

Изменения ролей вследствие пережитой психической травмы также могут приводить к изменениям идентичности человека. Иногда изменения идентичности могут оказаться кардинальными и нарушать адаптацию личности в сложившейся системе ее отношений.

Набор ролей, исполняемых человеком на определенном отрезке его жизненного пути, именуется ролевой картой. Исследование ролевой карты в динамике, в том числе до и в результате перенесенной психической травмы, является важной задачей, решение которой тесно связано с пониманием перспектив жизни человека и возможностей его адаптации.

Выполнение данного упражнения позволяет лучше понять, какие социальные роли человек играет на данном этапе своей жизни и какое влияние на них оказали психотравмирующие или сложные обстоятельства. Для изображения своей ролевой карты предстоит создать подобие лоскутного одеяла.

Рекомендуемое время на выполнение упражнения (включая описание и самоанализ): 60–90 минут.

Материалы:

- белая бумага для рисования размером А2;
- набор оберточной и иной бумаги, бумажные пакеты, салфетки с разным рисунком, страницы из газет и журналов, фольга;

- линейка;
- карандаши;
- клей, ножницы.

Инструкция по выполнению упражнения

Подготовка

Создайте список ваших текущих социальных ролей, относящихся к разным сферам жизнедеятельности – сфере семейных отношений (сын, брат, муж и т. д.), неформальных отношений за рамками семьи (друг, любовник и т. д.), профессиональных и учебных отношений, сфере досуга, духовным и творческим интересам и занятиям.

Основная часть

1. Прежде всего выберите разные виды бумаги (по рисунку, фактуре, цвету), чтобы они соответствовали разным вашим ролям.
2. Вырежьте множество квадратов (каждый размером $3x3$ см) из выбранных вами видов бумаги.
3. Разместите основные роли в виде квадратиков, организуя в один большой квадрат, расположенный в центре листа форматом А2.
4. Перемещайте их пока не найдете оптимальное расположение для всех фрагментов.
5. Дополните их новыми квадратиками, обозначающими другие, менее значимые роли, организуя их по периферии центральной фигуры.
6. Приклейте все квадратiki к основе, когда организуете их в пространстве.
7. Создайте внешнюю границу для своего «лоскутного одеяла», вырезая четыре полоски определенной толщины. Вы можете использовать ту же бумагу, что и для изготовления квадратиков, и другую.

Описание и самоанализ

1. Опишите свои реакции на цвет, фактуру и рисунок квадратиков, обозначив их возможную символическую нагрузку, относимую к ролям.
2. Подумайте, как созданная композиция в целом и ее границы выражают ваше восприятие своей жизни и вашу идентичность.

3. Поразмышляйте над ролями, включенными в созданное вами «лоскутное одеяло». Постарайтесь ответить на следующие вопросы:
 - Какие положительные или отрицательные изменения произошли в вашей ролевой карте после пережитой психической травмы или сложной жизненной ситуации?
 - Какие новые роли появились в результате пережитой психической травмы или сложной жизненной ситуации?
 - Какой эффект произвели эти изменения в вашей ролевой карте на вашу жизнь и отношения?
4. Подумайте, какие роли или функции были утрачены в результате пережитой психической травмы или сложной жизненной ситуации.
5. Какие изменения вы хотели бы внести в свою ролевую карту в будущем?

Упражнение № 14. Окружающая среда

Среда обитания человека включает его дом (квартиру), учреждение или предприятие, в котором он работает или учится, город или иной населенный пункт, регион, страну и т. д. Далеко не всегда эта среда безопасна и комфортна. Она может быть источником стрессов и различных патогенных, разрушительных воздействий – насилия, воздействия токсических веществ и т. д. Далеко не всегда, находясь в такой среде, человек чувствует себя в безопасности и комфорте.

Немаловажное значение имеет возможность человека контролировать среду своего обитания, обустраивать ее в соответствии со своими потребностями, в том числе для того, чтобы защитить себя от действия негативных, разрушительных факторов. Если этого не происходит, может возникать чувство тревоги, беспомощности и даже отчаяния.

Для того чтобы обрести больший контроль над средой своего обитания, разорвать порочный круг тревоги и беспомощности, имеет смысл более пристально оценить ее различные характеристики. Можно обратить внимание на то, что человека устраивает в окружающей его среде, а что нет, продолжая являться источником беспокойства и напряжения. Хотя создать идеальную, полностью безопасную и комфортную среду для жизни невозможно, можно, по крайней мере, стремиться к созданию или на-

хождению такой среды, в которой факторы безопасности и комфорта превалируют над факторами риска и угрозы.

В рамках данного упражнения предстоит создать два образа, сочетая коллаж и живопись. Прежде всего, надо будет изобразить нынешнюю среду обитания, а затем те изменения, которые хотелось бы в нее внести. В первой части упражнения также надо будет оценить разные характеристики данной среды и ее влияние на физическое и душевное состояние. На втором этапе работы будут проявляться возможные пути ее изменения.

Рекомендуемое время на выполнение упражнения: 90–120 минут.

Материалы:

- оберточная бумага;
- два листа белой бумаги для рисования размером А2;
- четыре листа белой бумаги для рисования размером А3;
- акриловые или гуашевые краски, палитра, кисточки, вода;
- простой карандаш;
- клей, ножницы.

Инструкция по выполнению упражнения

Первая часть

Подготовка

1. Создайте список разных мест (среды), в которых вы, как правило, находитесь в течение недели. В этой среде вы работаете и отдыхаете, учитесь, общаетесь с друзьями и т. д.
2. Выберите одно из этих мест и подробно проанализируйте его характеристики с точки зрения воздействия на ваше физическое и эмоциональное состояние.

Основная часть

1. Поупражняйтесь в создании мазков на оберточной бумаге, используя кисточки и краски (акриловые или гуашевые). Мазки могут быть разными по размеру, прямыми и извилистыми, наноситься медленными или быстрыми движениями. Вы можете использовать кисточки разного размера и со щетиной разного качества.
2. Вспомните те характеристики, которые определили при выполнении п. 2, и подумайте, краска каких цветов могла бы соответствовать этим характеристикам (светлая или темная, яркая или бледная и т. д.).

3. Возьмите лист формата А2 и заполните фон абстрактными формами, линиями и мазками, используя те цвета, которые могли бы передать качества окружающей среды.
4. Отложите работу в сторону, чтобы краска могла высохнуть.
5. Поставьте обе ступни на лист белой бумаги А3 и обведите их по контуру, используя простой карандаш.
6. Вырежьте обведенные следы своих ступней.
7. Представьте, что вы вошли в среду, которую изобразили, раскрашивая фон. Какие цвета и их оттенки могли бы передавать то, что вы ощущаете, находясь в ней?
8. Раскрасьте свои следы, используя эти цвета и оттенки.
9. Переместите раскрашенные следы от ваших ног на раскрашенный лист бумаги, передающий среду. Рассмотрите различные варианты расположения ступней на листе бумаги и, когда найдете наиболее подходящее расположение, приклейте их к листу.

Описание и самоанализ

1. Опишите, что может передавать фон на вашем рисунке.
2. Опишите, что передает раскраска ваших ступней.
3. Что означает расположение ваших ног на бумаге (ощущение комфорта или дискомфорта, опасности или безопасности, желание поскорее уйти из этого места или в нем оставаться и т. д.).
4. Почему вы расположили свои ступни именно так, а не иначе?
5. Какие характеристики выбранной вами среды дают вам положительные ощущения и переживания – комфорта, безопасности, удовольствия и т. д.?
6. Какие характеристики выбранной вами среды дают вам отрицательные ощущения и переживания?
7. Какие эффекты (физические, эмоциональные и т. д.) может вызвать более длительное пребывание в этой среде?
8. Чем она похожа или не похожа на другую среду, в которой вы также бываете в течение обычной недели?
9. Подумайте, какие у вас есть возможности для того, чтобы минимизировать или усилить эффекты, связанные с пребыванием в этой среде, например:
 - проводить в ней больше или меньше времени либо вовсе в ней не находиться;
 - изменить ее в той или иной степени;
 - защититься от нее тем или иным способом.

Вторая часть

Подготовка

1. Вспомните, какие качества выбранной вами среды при выполнении предыдущей части упражнения вам не нравятся и являются источником физического или эмоционального дискомфорта.
2. Подумайте, как вы могли бы изменить эту среду или свое поведение, чтобы почувствовать себя лучше?

Основная часть

1. Возьмите лист формата А2 и заполните фон абстрактными формами, линиями и мазками, используя те цвета, которые могли бы передать новые качества окружающей среды, представляя при этом, что вам удалось привести ее в большее соответствие со своими желаниями.
2. Отложите работу в сторону, чтобы краска могла высохнуть.
3. Поставьте обе ступни на лист белой бумаги А3 и обведите их по контуру, используя простой карандаш.
4. Вырежьте обведенные следы своих ступней.
5. Представьте, что вы вошли в ту новую среду, которую изобразили, раскрашивая фон. Какие цвета и их оттенки могли бы передавать то, что вы ощущаете, находясь в ней?
6. Раскрасьте свои новые следы, используя эти цвета и оттенки.
7. Переместите раскрашенные следы от ваших ног на раскрашенный лист бумаги, передающий новую, измененную вами среду. Рассмотрите различные варианты расположения ступней на листе бумаги и, когда найдете наиболее подходящее расположение, приклейте их к листу.

Описание и самоанализ

1. Поместите два рисунка рядом. Обратите внимание на сходства и различия между ними.
2. Подумайте, что в реальности вы могли бы сделать, чтобы изменить среду своего обитания.
3. Какие плюсы и минусы связаны с этими изменениями?

Примечание: Вы можете сделать то же самое, акцентируя внимание на другой среде, в которой вы также находитесь на протяжении определенного времени в течение обычной недели.

Упражнение № 15. Оптимальный уровень функционирования

Функциональные возможности организма и психики человека могут меняться, в том числе, в зависимости от внешних условий, а также возраста, состояния здоровья и других факторов. Психическая травма влияет на функциональные возможности человека. Иногда может казаться, что психическая травма оказала негативное влияние на самые разные сферы функционирования, и это может быть действительно так. В других случаях, в особенности, когда с момента получения психической травмы проходит более или менее длительное время, функциональные возможности постепенно восстанавливаются.

При работе с последствиями психической травмы очень важно уметь оценивать и осознавать уровень функционирования человека в разных сферах жизни. Это может помочь установить контроль над симптомами посттравматического стресса (в какой-то мере управлять состоянием), достичь более высокого уровня функционирования. В случае, если этот уровень снижен, можно предпринимать попытки (как самостоятельно, так и под руководства специалиста) его повысить, задействуя те или иные факторы. Когда уровень функционирования достаточно высок, можно обращать внимание на то, что этому способствует и сознательно использовать разные факторы, обеспечивающие хорошее функционирование. Хотя перенесенная психическая травма оставляет свой след на личности человека, ее последствия могут, тем не менее, быть минимизированы. Лучшее понимание уровня функционирования и влияющих на него факторов в этом случае является важным условием оптимизации состояния.

При выполнении данного упражнения можно оценить уровень своего функционирования и передать свое восприятие своих возможностей на коллаже. Можно также спрогнозировать, каким может быть уровень функционирования в ближайшем будущем.

Рекомендуемое время на выполнение упражнения: 90–120 минут.

Материалы: цветная или поделочная бумага разных оттенков, простой карандаш, ножницы, клей.

Инструкция по выполнению упражнения

Подготовка

1. Оцените свой нынешний уровень функционирования. Обратите внимание, как на него повлияли неприятные или даже травматические события в прошлом.

2. Если такие события имели место, удалось ли вам преодолеть их последствия и восстановить свой уровень функционирования?
3. Насколько сложно вам поддерживать этот уровень?

Основная часть

1. Выберите и нарежьте несколько листов цветной или поделочной бумаги формата А4 разных цветов, ассоциируя их:
 - с проявлениями посттравматического стресса (два листа бумаги одного цвета);
 - с собой (два листа бумаги одного цвета);
 - с небом (два листа бумаги одного цвета);
 - с землей (два листа бумаги одного цвета).
2. Создайте первый коллаж:
 - сначала вырежьте из бумаги свою фигуру в такой позе, чтобы она передавала ваше состояние (в том числе, связанное с переживанием симптомов посттравматического стресса); фигура должна быть высотой до 15 см;
 - поместите эту фигуру на лист бумаги того цвета, который вы выбрали для обозначения проявлений посттравматического стресса.
3. Создайте второй коллаж:
 - сначала наклеив половину листа такого цвета, который вы выбрали для обозначения проявлений посттравматического стресса, на лист такого цвета, который ассоциируется с небом;
 - затем представьте себе фигуру, обозначающую вас в таком состоянии, когда симптомы посттравматического стресса, присутствуют, но не сильно выражены;
 - вырежьте эту фигуру из бумаги того, цвета, который вы ассоциировали с собой;
 - поместите ее на созданный ранее фон (где внизу находится цвет, обозначающий симптомы посттравматического стресса, а наверху – небесный цвет) и приклейте.
4. Создайте третий коллаж:
 - сначала наклеив снизу половину листа такого цвета, который вы выбрали для обозначения земли, на лист такого цвета, ко-

- торый ассоциируется с небом (получится фон, включающий небо и землю);
- затем представьте себе фигуру, обозначающую вас в здоровом состоянии и с относительно хорошим уровнем функционирования;
 - вырежьте эту фигуру из бумаги того, цвета, который вы ассоциировали с собой;
 - представьте себе любую форму, которая могла бы символизировать проявления посттравматического стресса, и вырежьте ее из бумаги, которую вы выбрали для обозначения посттравматических проявлений;
 - поместите эту форму вместе с фигурой, обозначающей вас в здоровом состоянии и с относительно хорошим уровнем функционирования (но не обязательно рядом) ее на созданный ранее фон (где внизу находится цвет, обозначающий землю, а наверху – небесный цвет) и приклейте.

Описание и самоанализ

1. Опишите, почему вы выбрали бумагу того или иного цвета для обозначения проявлений посттравматического стресса, себя, неба и земли.
2. Расположите три работы в том порядке, в котором они создавались, и постарайтесь ответить на следующие вопросы:
 - О чем дум на каждой из трех работ?
 - Что он чувствует на каждой из трех работ?
 - Что он делает на каждой из трех работ?
 - Чего он не может делать на каждой из трех работ?
3. Обратите внимание на различия между тремя работами, в частности, чем различаются изображения человека, и как это отражает влияние симптомов посттравматического стресса либо их отсутствие?
4. Сравните каждое из этих изображений со своим нынешним уровнем функционирования. Сколько процентов своего времени вы ощущаете себя в каждой из этих трех позиций (хорошее функционирование, состояние с незначительными проявлениями посттравматического стресса, а также состояние с выраженными их проявлениями).
5. Представьте, в каком направлении вы могли бы изменить соотношение этих трех уровней функционирования, и как это могло бы отразиться на вашей жизни?

6. Подумайте, какие первые шаги вы могли бы предпринять, чтобы этого достичь?
7. Подумайте, какая сфера вашей жизни или отношений в наибольшей степени страдает от последствий посттравматического стресса. Подумайте, какие первые шаги вы могли бы предпринять, чтобы эти последствия минимизировать.

Упражнение № 16. Картина мира

Большинство людей воспринимают мир вокруг себя как более или менее безопасное место. Это является основанием для оптимизма и веры в благоприятные жизненные перспективы. В результате перенесенной психической травмы восприятие окружающего мира нарушается. Появляется недоверие к нему, ощущение окружающего мира как враждебного и небезопасного места. Пережившие психическую травму могут представлять себе иную реальность, в которой нет боли и страдания. Такие фантазии и мечты имеют определенные основания, отражают потребность человека в построении модели гармоничного мира, позитивном мироощущении, где есть место любви, заботе, комфорту, удовольствию и безопасности. Одним из важных шагов на пути обретения такого мира является пересмотр текущего отношения к миру, окрашенного пессимизмом, недоверием и депрессией – следствиями полученной травмы.

Перенесшие травму часто оперируют двумя полярными представлениями о реальности. Одно из них имеет идеалистический характер и окрашено исключительно позитивно, другое – всецело негативно. Их восприятие своего прошлого (того, что предшествовало травматическому эпизоду) часто идеализировано и исключительно позитивно, в то время как восприятие будущего сугубо негативно. Избавление от последствий психической травмы невозможно при условии сохранения однобокого идеализированного либо всецело негативного восприятия жизни. Необходимо построение более сбалансированной картины мира, в которой есть место как положительным, так и отрицательным проявлениям. Для эффективного функционирования в реальности человеку нужно сформировать более реалистическое представление о мире.

При выполнении первой части данного упражнения предоставляется возможность прояснить особенности своего восприятия мира после неприятного жизненного события (перенесенной

травмы) и сравнить его с идеализированными представлениями о жизни. Сначала создаются два коллажа, передающие две диаметрально противоположные картины реальности: одна соответствует такому восприятию, которое является следствием пережитой травмы, другая – максимально «очищена» от всего негативного.

Выполнение второй части упражнения связано с попыткой изменить представление о мире на основе интеграции элементов первого и второго коллажа.

Рекомендуемое время на выполнение упражнения: 60–90 минут.

Материалы:

- несколько листов белой и цветной бумаги для рисования размером А3;
- несколько окружностей, по размеру примерно соответствующих листу А3, заранее вырезанных из бумаги белого цвета;
- акриловые или гуашевые краски, палитра, кисточки, вода;
- иллюстрированные журналы;
- ножницы, клей.

Инструкция по выполнению упражнения

Первая часть

Подготовка

1. Подумайте, как перенесенная психическая травма повлияла на ваше восприятие мира. Перечислите несколько наиболее характерных особенностей такого мировосприятия.
2. Перечислите несколько наиболее характерных признаков идеальной картины мира.

Основная часть

1. Возьмите две окружности, вырезанных из бумаги белого цвета.
2. Создайте первый образ, передающий картину мира, основанную на пережитом травматическом опыте, используя одну из окружностей:
 - Для этого заполните ее линиями, формами и цветами помощью красок, а также вырезок из журналов.
 - Какое впечатление созданная картина производит? Что вы испытываете, глядя на нее? Какое мироощущение она передает?

- Подберите для первого образа фон, используя для этого белую или цветную бумагу. Ее оттенок мог бы соответствовать тем ощущениям, которые данная картина вызывает или передает. Вы также можете раскрасить или оформить фон самостоятельно на отдельном листе бумаги.
 - Поместите на созданный фон заполненную окружность, передающую картину мира, основанную на пережитом травматическом опыте. Пока не приклеивайте ее к фону.
3. Создайте второй образ, передающий идеальную картину мира, используя вторую окружность:
- Для этого заполните ее линиями, формами и цветами с помощью красок, а также вырезок из журналов.
 - Какое впечатление созданная картина производит? Что вы испытываете, глядя на нее? Какое мироощущение она передает?
 - Подберите для второго образа фон, используя для этого белую или цветную бумагу. Ее оттенок мог бы соответствовать тем ощущениям, которые данная картина вызывает или передает. Вы также можете раскрасить или оформить фон самостоятельно на отдельном листе бумаги.
 - Поместите на созданный фон заполненную вторую окружность, передающую идеальную картину мира. Пока не приклеивайте ее к фону.

Описание и самоанализ

1. Расположите две работы рядом друг с другом. Что в них общего? Чем они отличаются друг от друга?
2. Опишите чувства, которые вы испытывали, создавая первую и вторую работу.
3. Опишите, что вам нравится в первой и второй работе.
4. Опишите, что вам не нравится в первой и второй работе

Вторая часть

Подготовка

Для начала еще раз посмотрите на расположенные рядом две работы, передающие две разные картины мира.

Основная часть

1. Объедините две работы, созданные на предыдущем этапе упражнения, сочетая их части друг с другом. При этом вы

можете разрезать или разрывать как фоны для каждой работы, так и сами композиции, выполненные на основе круга. Для создания новой композиции вы можете использовать только отдельные части ранее созданных двух работ либо постараться интегрировать их составные элементы в полном объеме.

2. Найдите оптимальные расположенные для выбранных элементов и затем приклейте их к фону.

Описание и самоанализ

1. Опишите, что оказалось для вас наиболее интересным и важным в процессе выполнения данного задания.
2. Поясните, какую роль играют элементы, взятые из первой и второй композиций (соответствующие разному мировосприятию), когда они оказались включенными в новую, интегрированную композицию. Какое мировосприятие преобладает в конечной композиции? Или элементы двух картин мира более или менее равномерно представлены в последней работе?
3. Поясните, какие изменения претерпели две картины мира, когда они оказались включенными в новую, интегрированную работу.
4. Подумайте, как выполненная вами работа по интеграции элементов двух противоположных картин мира может способствовать вашему исцелению и гармонизации ваших отношений с реальностью.

ЛИТЕРАТУРА

- Апчел В. Я., Цыган В. Н.* Стресс и стрессоустойчивость человека. СПб.: Питер, 1999.
- Аррингтон Д.* Работа с чувствами горя и утраты в арт-терапии // Исцеляющее искусство: Международный журнал арт-терапии. 2011. Т. 14. № 3. С. 28–51.
- Арт-терапия – новые горизонты / Под ред. А. И. Копытина. М.: Когито-Центр, 2006.
- Арт-терапия жертв насилия / Под ред. А. И. Копытина. М.: Институт психотерапии, 2009.
- Беспалько И. Г.* Шкала для психологической экспресс-диагностики слабоструктурированных депрессивных расстройств. Пособие для врачей и психологов. СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, 2004.
- Беспалько И. Г., Гильяшева И. Н., Иовлев Б. В.* и др. Разработка стандартизованного опросника депрессивных состояний (ОДС): отчет. СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, 1980.
- Бурковский Г. В., Коцюбинский А. П., Левченко Е. В., Ломаченков А. С.* Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике (пособие для врачей и психологов). СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, 1998.
- Вассерман Л. И., Трифонова Е. А., О. Ю. Щелкова О. Ю.* Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике. СПб.: Речь, 2011.

- Волкер Д.* Использование многозначных художественных образов в психотерапии // Исцеляющее искусство: Международный журнал арт-терапии. 2010. Т. 13. № 1. С. 37–51.
- Доскин В. А., Лаврентьева Н. А., Мирошников М. П., Шарай В. Б.* Тест дифференциальной самооценки функционального состояния // Вопросы психологии. 1973. № 6. С. 48–54.
- Калманович Д., Ллойд Б.* Портативная студия: арт-терапия и политический конфликт // Практикум по арт-терапии / Под ред. А. И. Копытина. СПб.: Питер, 2000. С. 382–421.
- Колов С. А., Остапенко А. В., Кривоцов А. Г.* Психологические исследования при посттравматическом стрессовом расстройстве: Обзор // Вестник психотерапии. 2005. № 13. С. 23–35.
- Копытин А. И.* Применение фотографии в психотерапии // Фототерапия. Использование фотографии в психологической практике / Под ред. А. И. Копытина. М.: Когито-Центр, 2006. С. 9–68.
- Копытин А. И.* Системная арт-терапия: теоретическое обоснование, методология применения, лечебно-реабилитационные и дестигматизирующие эффекты. СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. 2010.
- Копытин А. И.* Арт-терапия психических расстройств. СПб.: Речь, 2011.
- Копытин А. И.* Клиническая системная арт-терапия как пример интеграции медицинского и социального аспектов психиатрии // Российский психотерапевтический журнал. 2012. № 1–2 (2–3). С. 81–93.
- Копытин А. И.* Применение арт-терапии в лечении и реабилитации больных с психическими расстройствами // Медицинская психология в России. 2012. № 5 (13). URL: <http://www.medpsy.ru> (дата обращения: 15.12.2013).
- Копытин А. И., Корт Б.* Техники ландшафтной арт-терапии. М.: Когито-Центр, 2013.
- Макги П.* Обретение силы посредством развития сообщества. Случай арт-терапевтической работы с женщиной, пострадавшей в детстве от сексуального насилия // Арт-терапия женских проблем / Под ред. А. И. Копытина. М.: Когито-Центр, 2010. С. 81–98.
- Мартин Р.* Наблюдение и рефлексия: возвращение взгляда, отреагирование воспоминаний и представление будущего по-

- средством фотографии // Арт-терапия в эпоху постмодерна / Под ред. А. И. Копытина. СПб.: Речь-Скифия, 2013. С. 200–219.
- Назыров Р. К., Логачева С. В., Ремесло М. Б., Холявко В. В., Павловский И. О. Типология психотерапевтических мишеней и ее использования для повышения качества индивидуальных психотерапевтических программ в лечении больных с невротическими расстройствами. СПб.: Санкт-Петербургский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, 2011.
- Незнанов Н. Г., Карвасарский Б. Д. (ред.). Клиническая психотерапия в общей врачебной практике. СПб.: Питер, 2008.
- Никольская И. М. Роль психологической защиты в оказании кризисной психологической помощи детям // Медицинская психология в России. 2012. №5 (16). URL: <http://www.medpsy.ru> (дата обращения: 15.12.2013).
- Петрова Н. Н. Психология для медицинских специальностей. М.: Академия, 2007.
- Попов Ю. В., Вид В. Д. Современная клиническая психиатрия. СПб.: Экспертное бюро, 1997.
- Прохазка Д., Норкросс Д. Системы психотерапии. СПб.: Прайм-Еврознак, 2005.
- Резолюция Российской арт-терапевтической ассоциации, принятой 16 мая 2009 г. // Исцеляющее искусство: Международный журнал арт-терапии. 2009. Т. 12. № 1. С. 9.
- Сильвер Р., Копытин А. И. Рисуночный тест Сильвер: методическое руководство. СПб.: Иматон, 2002.
- Соколов Е. Ю., Паршин А. Н. Психические расстройства при боевом стрессе и их профилактика // Медицинская психология в России. URL: <http://www.medpsy.ru> (дата обращения: 15.12.2013). 2013. № 2 (19).
- Стоун Б. Телесный образ «Я» и посттравматическое стрессовое расстройство: Обретение силы посредством диалога с визуальными образами // Арт-терапия – новые горизонты / Под ред. А. И. Копытина. М.: Когито-Центр, 2006. С. 66–86.
- Сучкова Н. О. Отражение и преодоление опыта насилия в процессе индивидуальной арт-терапии, проводимой в доме ребенка: Описание случая // Арт-терапия жертв насилия / Под ред. А. И. Копытина. М.: Психотерапия, 2007. С. 80–94.
- Халкола У. Использование Спектрокарт в фототерапии и смежных областях // Исцеляющее искусство: Международный журнал арт-терапии. 2011. Т. 1. № 4. С. 11–34.

- Хеслер М.* Арт-терапия с ветеранами войны // Исцеляющее искусство: Международный журнал арт-терапии. 2010. Т. 13. №3. С. 40–59.
- Хеуш Н.* Контрперенос арт-терапевта: работа с беженцами – жертвами организованного насилия // Арт-терапия – новые горизонты / Под ред. А. И. Копытина. М.: Когито-Центр, 2006. С. 21–40.
- Хоган С.* Идентичность, сексуальность и материнство. Арт-терапевтическая работа с женщиной, потерявшей в родах ребенка // Арт-терапия женских проблем / Под ред. А. И. Копытина. М.: Когито-Центр, 2010. С. 63–80.
- Хульбут Г.* Укрощение бури: интермодальная арт-терапия в качестве инструмента преодоления чувств гнева и стыда у пациентов, перенесших эмоциональные травмы // Арт-терапия в эпоху постмодерна / Под ред. А. И. Копытина. СПб.: Речь-Скифия, 2003. С. 173–186.
- Фoa Э., Кин Т. М., Фридман М.* (ред.). Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства. М.: Когито-Центр, 2005.
- Фототерапия.* Использование фотографии в психологической практике / Под ред. А. И. Копытина. М.: Когито-Центр, 2006. С. 9–68.
- Шарафиева Л.* Ландшафтная арт-терапия как метод социальной интеграции семьи с особым ребенком // Исцеляющее искусство: Международный журнал арт-терапии. 2013. Т. 16. № 1. С. 23–43.
- Arnheim R.* Visual thinking. Berkeley, CA: University of California Press, 1967.
- Arnheim R.* Art and visual perception: a psychology of the creative eye. The New Version. Berkeley–Los Angeles: University of California Press, 1974.
- Calvin W. H.* How brains think: evolving intelligence, then and now. N. Y.: Basic Books, 1996.
- Clay R. A.* Laughter may be no laughing matter // APA Monitor. 1997. 28 (9). P. 1–8.
- Cohen B., Barnes M. M., Rankin A.* Managing traumatic stress through art. Drawing from the center. Baltimore: The Sidran Press, 1995.
- Davis J.* Building from the scraps: Art therapy within a homeless community // Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association. 1997. 14 (3). P. 24–31.

- Davis J.* Report: Environmental art therapy – metaphors in the field // *The Arts in Psychotherapy*. 1999. 26 (1). P. 45–49.
- Derogatis L. R., Lipman R. S., Rickels K.* et al. The Hopkins Checklist (HSCl): a self-report symptom inventory // *Behavioral Science*. 1974. 19. P. 1–5.
- Digital Storytelling Association. Defining digital storytelling. 2002. URL: <http://www.dsaweb.org> (дата обращения: 15.12.2013).
- Eric L.* Humour in the struggle against a totalitarian regime // G. Roux, M. Laharie (Eds). *L'Humor. Histoire, culture et psychologie*. Paris: SIPE, 1998. P. 123–126.
- Gardner H.* Art, mind and brain. N. Y.: Basic Books, 1982.
- Halkola U.* A photograph as a therapeutic experience // D. Lowenthal (Ed.). *Phototherapy and therapeutic photography in a digital age*. London–N. Y.: Routledge, 2013. P. 21–30.
- Hass-Cohen N., West K.* Art therapy, neuroscience and complex PTSD // N. Hass-Cohen, R. Carr (Eds). *Art therapy and clinical neuroscience*. London–Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2008. P. 223–252.
- Jakab I.* Humor and psychoanalysis // G. Roux, M Laharie (Eds). *L'Humor. Histoire, culture et psychologie*. Paris: SIPE, 1998. P. 15–22.
- Kalmanowitz D., Lloyd B.* Art therapy and political violence: With art, without illusion. London–N. Y.: Routledge, 2005.
- Kalmanowitz D., Lloyd B.* Inside-out outside-in: Found objects and portable studio // E. Levine, S. Levine (Eds). *Art in action: Expressive arts therapy and social change*. London–Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2011. P. 104–127.
- Knill P.* Communal art-making and conflict transformation // E. Levine, S. Levine (Eds). *Art in action: Expressive arts therapy and social change*. London–Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2011. P. 53–77.
- Knill P., Levine E., Levine S.* Principles and practice of expressive arts therapy: Toward a therapeutic aesthetics. London and Philadelphia, PA: Jessica Kingsley Publishers, 2005.
- Lepore S., Smyth J.* The writing cure: How expressive writing promotes health and emotional well-being. Washington, DC: American Psychological Association, 2002.
- Markow-Speiser V., Schwartz S.* These stories are burning a hole in my brain: Using the arts to tell the stories of the Ethiopian Jewish Immigrant Community in Israel // E. Levine, S. Levine (Eds). *Art in action: Expressive arts therapy and social change*.

- London–Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2011. P. 128–144.
- Martin R.* Inhabiting the image. Photography, therapy and re-enactment phototherapy // D. Lowenthal (Ed.). *Phototherapy and therapeutic photography in a digital age.* London–N.Y.: Routledge, 2013. P. 69–81.
- Mazza N.* *Poetry therapy: Interface of the arts and psychology.* Boca Raton, FL: CRC Press.
- Nagy J.* Anxiety, depression and humor // G. Roux, M. Laharie (Eds). *L'Humor. Histoire, culture et psychologie.* Paris: SIPE, 1998. P. 255–257
- Saunders N.* *Trench art materialities and memories of war.* Oxford: Berg, 2003.
- Silver R.* *Three art assessments.* N.Y.: Brunner-Routledge, 2002.
- Simmons M.* A creative photographic approach: Interpretation and healing through creative process // D. Lowenthal (Ed.). *Phototherapy and therapeutic photography in a digital age.* London–N.Y.: Routledge, 2013. P. 53–66.
- Solso R.* *Cognition and the visual arts.* Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology Press, 1994.
- Spring D.* Sexual abuse and posttraumatic stress reflected in artistic symbolic language // *Dissertation Abstracts International.* 1988. 50 (80). P. 3716.
- Spring D.* Images reconstruct experience // D. Spring (Ed.). *Art in treatment: Transatlantic dialogue.* Springfield, Ill.: Charles C. Thomas. 2007. P. 215–132.
- Spring J.* Therapeutic soulspeak: The use of ancient oral poetry forms in therapy // *Journal of Poetry Therapy.* 2003. 16 (4). P. 199–216.
- Stepakoff S., Hussein S., Al-Salahat M., Musa I., Asfoor M., Al-Houdali E., Al-Hmouz M.* From private pain toward public speech: Poetry therapy with Iraqi survivors of torture and war // E. Levine, S. Levine (Eds). *Art in action: Expressive arts therapy and social change.* London–Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2011. P. 128–144.
- Sylwester R.* The neurobiology of self-esteem and aggression // *Educational Leadership.* 1997. 54 (5). P. 75–79.
- Sylwester R.* Art for the brain's sake // *Educational Leadership.* 1998. 56 (3). P. 31–35.
- Van der Kolk B.* *Psychological trauma.* Washington, DC: American Psychiatric Press, 1987.

- Weiser J.* Phototherapy techniques: exploring the secrets of personal snapshots and family albums. Vancouver: Photo Therapy Centre, 1999.
- Winn L.* Post traumatic stress disorder and dramatherapy (treatment and risk reduction). London: Jessica Kingsley Publishers, 2008.
- Ziv A.* Personality and sense of humor. N. Y.: Springer, 1984.

Научное издание

КОПЫТИН АЛЕКСАНДР ИВАНОВИЧ

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

Редактор – *О. В. Шапошникова*
Обложка, макет и верстка – *С. С. Фёдоров*

Издательство «Когито-Центр»
129366, Москва, ул. Ярославская, д. 13
Тел.: (495) 682-61-02
E-mail: post@cogito-shop.com, cogito@bk.ru
www.cogito-centre.com

Сдано в набор 01.03.14. Подписано в печать 14.03.14
Формат 60×90/16. Бумага офсетная. Печать офсетная
Гарнитура гтс СНАРТЕР. Усл. печ. л. 10,9. Уч.-изд. л. 12,7
Тираж 1500 экз. Заказ №

Отпечатано в полном соответствии
с качеством предоставленных диапозитивов
в ОАО «Можайский полиграфический комбинат»
143200, МО, г. Можайск, ул. Мира, д. 93

**А. И. Копытин,
Б. Корт**

ТЕХНИКИ ЛАНДШАФТНОЙ АРТ-ТЕРАПИИ



В книге представлен ряд инновационных методик арт-терапии, связанных с использованием найденных объектов. Эти методики могут применяться в качестве самостоятельного блока практических занятий и как составная часть программ лечебно-реабилитационной, психопрофилактической и развивающей направленности. Авторы показывают сходство данной группы методик с ритуальными практиками и шаманской традицией, а также некоторыми формами искусства модернизма (ассамбляж, реди мейд) и постмодернизма (лэнд-арт, минимализм и др.). Дается образец построения курса занятий с использованием техник ландшафтной арт-терапии. Описываются отдельные методики. Приводятся примеры работ, созданных во время арт-терапевтических занятий ☆

ISBN 978-5-89353-398-9
60x88/16, обл. 104 с. 2013

А. И. Копытин (ред.)

**МЕТОДЫ АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ
ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ И ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ**



В данном сборнике отражен высокий интерес зарубежных и отечественных практических психологов и психотерапевтов к методам арт-терапии, используемым в работе с детьми и подростками. Сборник является первым русскоязычным изданием, обобщающим опыт применения арт-терапии с несовершеннолетними в образовательных и лечебно-реабилитационных учреждениях. Представлен широкий набор различных форм и приемов арт-терапевтической работы, учитывающих как возрастные и клинические особенности несовершеннолетних клиентов и конкретной группы детей и подростков, так и условия проведения арт-терапевтических занятий (школа, детский дом, дом ребенка, детская поликлиника, психолого-медико-педагогический консультативный центр и др.) ☆

ISBN 978-5-89353-354-5
60x84/16, обл. 286 с. 2012

А. И. Копытин (ред.)

**АРТ-ТЕРАПИЯ ЖЕНСКИХ
ПРОБЛЕМ
ВИДЕНИЕ И ИСЦЕЛЕНИЕ**



Книга включает работы отечественных и зарубежных специалистов в области арт-терапии. Она охватывает широкий спектр психологических проблем, с которыми чаще всего сталкиваются женщины разного возраста и социального положения, и ряд форм арт-терапевтической работы. Приведенные в книге материалы показывают, что в настоящее время у женщин есть возможность получить такие консультативные и психотерапевтические услуги, которые учитывают гендерные различия и свободны от редуктивных, догматических трактовок их опыта и поведения. Они также подтверждают, что арт-терапия обладает значительным потенциалом для работы с различными проблемами женщин, нередко выступая в качестве инструмента «социальной терапии» ☆

ISBN 978-5-89353-327-9
60x90/16, обл. 270 с. 2010