

УДК 159.9
ББК 88.5
К65

Копытин А.И., доктор медицинских наук, профессор кафедры психологи Санкт-Петербургской академии постдипломного педагогического образования, доцент кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии Северо-Западного медицинского университета им. И.И. Мечникова, председатель Арт-терапевтической ассоциации (Национальной ассоциации для развития арт-терапевтической науки и практики)

Рецензенты:

Бабин С.М., доктор медицинских наук, заведующий кафедрой психотерапии и сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова (Санкт-Петербург)

Макаров В.В., доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психотерапии и сексологии Российской медицинской академии последипломного образования (Москва)

К65 Клиническая и социальная арт-терапия. Под общей редакцией А.И. Копытина. – М.: ИД «Городец», 2020. – 400 с.

«Клиническая и социальная арт-терапия» отражает расширение спектра разных форм и областей использования арт-терапии в отечественной и зарубежной лечебно-профилактической и реабилитационной практике. Представлены новые подходы в арт-терапевтической работе, поддерживаемые развитием биопсихосоциальной парадигмы современной медицины и отражающие изменение социальных и культурных условий. Представлены основные значимые тенденции совершенствования арт-терапевтической помощи, ее форм и методов. Социальное и клиническое направления в современной арт-терапии как наиболее динамично развивающиеся и дополняющие друг друга грани целостного явления подкреплены и проиллюстрированы статьями опытных практиков и известных экспертов.

Издание восполняет дефицит методической информации, касающейся некоторых перспективных и актуальных направлений и форм арт-терапевтической работы, таких как: оказание помощи социально незащищенным группам населения, дисфункциональным семьям и сообществам, беженцам и мигрантам, пожилым и престарелым людям, ветеранам войн, правонарушителям, пациентам с психическими расстройствами и аддикциями и др.

Книга адресована врачам, психологам, психотерапевтам и другим помогающим специалистам, в особенности тем, кто владеет методами арт-терапии.

СОЦИАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ АРТ-ТЕРАПИЯ — ДВЕ ГРАНИ ЕДИНОГО ЦЕЛОГО

(Вместо предисловия)

В последние годы отмечается значительное расширение спектра разных форм и областей использования арт-терапии в отечественной и зарубежной лечебно-профилактической и реабилитационной практике. Появляются новые подходы к арт-терапевтической работе, поддерживаемые развитием биопсихосоциальной парадигмы современной медицины, изменением социальных и культурных условий. Происходит становление социального и клинического направлений современной арт-терапии. Оба эти направления являют собой действенный ответ на такие вопросы, как:

- Что арт-терапия может дать гражданам современного общества с характерными для них потребностями и проблемами?
- Какой может быть арт-терапия с точки зрения ее организации, методологии и инструментария практической работы для того, чтобы соответствовать запросам и проблемам современного общества?

Современная арт-терапия тесно связана с признанием ценности человеческих и природных ресурсов как важнейшего условия устойчиво развивающегося общества. Забота об этих ресурсах неотделима от совершенствования медицинской и социальной помощи, системы образования на основе внедрения эффективных методов профилактики, лечения и реабилитации психических и соматических заболеваний, инноватики в сфере образования. В настоящее время существенно меняются концепция медицинской и социальной помощи, подходы в сфере образования. Они все больше ориентируются на поддержку активной субъектной позиции, более активное использование разнообразных доступных внешних ресурсов, связанных с природой, культурой, общением и творческой деятельностью. Именно эти ресурсы использует арт-терапия с целью восстановления и сохранения

здоровья, гармонизации социальных отношений и поддержки творческой природы человека.

Арт-терапия проникает в самые разные области медицины, социальной работы и образования. Из институциональной среды она зачастую перемещается в более широкое пространство, связанное с повседневной деятельностью и отношениями между людьми и сообществами. Приоритетными областями практического использования клинической и социальной арт-терапии выступают:

- система здравоохранения и реализуемые на базе лечебно-профилактических учреждений и за их пределами комплексные программы лечебной, реабилитационной, профилактической направленности;
- образовательные организации, включая дошкольные образовательные учреждения, массовые и специализированные школы, учреждения дополнительного образования, дома ребенка, школы-интернаты и др.;
- учреждения социальной службы и «общественный сектор», в том числе специализированные центры комплексного обслуживания для пожилых людей, детей, подростков и молодежи, общинные центры, общественные организации и фонды с их разнообразными программами развивающей, поддерживающей и реабилитационной направленности, а также лица, группы и организации, выполняющие функции медиации в ситуациях конфликтов;
- учреждения культуры — музеи, галереи и т.д.

О важной роли клинической и социальной арт-терапии свидетельствуют результаты очередного опроса профессиональных, сертифицированных арт-терапевтов, являющихся членами Американской арт-терапевтической ассоциации (Elkins D. and Deaver S. 2013). На вопросы ответили 567 человек, составивших 10,3 % от общего числа членов ААТА.

Один из пунктов опросника был связан с оценкой ведущей области специализации арт-терапевтов, то есть контингента клиентов и характерных для них проблем клинического и психосоциального характера. Из широкого спектра всевозможных специализаций, включающего 36 позиций, наибольшее количество респондентов (более 20 %) отметили:

- расстройства настроения и тревожные расстройства (42 %);
- посттравматическое стрессовое расстройство (29 %);
- поведенческие расстройства (23 %).

Несколько меньший процент (от 10 до 20 %) респондентов назвали такие специализации своей работы, как:

- тяжелые психические расстройства (18 %);
- последствия сексуального насилия (17 %);
- аддикции (16 %);
- переживание горя (14 %);
- управление стрессом (15 %);
- расстройства аутистического спектра / синдром Аспергера (11 %);
- синдром дефицита внимания (11 %).

Примечание: респонденты могли отмечать одновременно до трех специализаций.

На третьем месте по числу положительных ответов (от 5 до 10 %) оказались такие специализации, как:

- оказание помощи больным раком (8 %);
- хронические соматические заболевания (7 %);
- помощь пострадавшим от домашнего насилия (7 %);
- нарушения пищевого поведения (7 %);
- острые соматические заболевания и физические травмы (6 %);
- геронтология (5 %).

Таким образом, пограничные, связанные со стрессом расстройства, а также расстройства настроения и тревожные расстройства составляют наибольшую часть клинических расстройств, с которыми работают современные американские арт-терапевты. Тяжелые психические расстройства, аутизм, аддикции составляют значительную, но несколько меньшую группу психических расстройств, на которых специализируются арт-терапевты. На работе с пациентами соматического профиля с соматопсихическими расстройствами и проблемами геронтологии также специализируется значительное число арт-терапевтов.

Важное значение клинической и социальной арт-терапии в современном обществе также подтверждается на основе учета основных мест работы специалистов. В качестве своих основных мест работы, связанных с клинической сферой, в том же исследовании (Elkins D. and Deaver S., 2013) наибольшее число респондентов отметили:

- амбулаторные психиатрические центры (*outpatient mental health clinic*) — 11 %;
- психиатрические больницы для взрослых — 10 %;
- психиатрические стационары для детей и подростков — 6 %;
- общинные центры психического здоровья (*community mental health center*) — 8 %;
- дневные стационары (*day treatment center*) — 6 %;
- наркологические учреждения — 4 %;

- хосписы и служба помощи переживающим горе — 4 %;
- стационары соматического профиля для взрослых — более 2 %;
- стационары соматического профиля для детей и подростков — 4 %;
- госпитали для ветеранов войн — 1 %.

В качестве основных мест работы, связанных с неклиническим применением арт-терапии, в том числе в сфере социальной работы и образования, были выделены:

- независимые арт-центры и студии — 6 %;
- общинные, муниципальные центры (*community agency*) — 4 %;
- центры социального обслуживания — 4 %;
- приюты для бездомных — 1 %;
- приюты для пострадавших от домашнего насилия — около 1 %;
- исправительные учреждения — около 1 %;
- школы, колледжи и университеты — более 12 %;
- сфера бизнеса — менее 1 %.

Клиническое и социальное направления как ведущие тенденции развития современной арт-терапии

Развитие арт-терапии характеризуется значительным разнообразием ее форм и методов, ориентированных на разные клинические и социодемографические группы и принимающих во внимание культурные и институциональные условия. Современная арт-терапия использует богатый опыт культурного наследия с характерными для него формами художественной и лечебной практики, связанной с творчеством и общением. Она также опирается на достижения медицины, психиатрии, психотерапии, психологии и собственно арт-терапии предшествующих этапов ее исторического развития с наработанными и доказавшими свою эффективность подходами.

В последние годы происходит развитие новых моделей клинической (медицинской) и социальной арт-терапии. Они характеризуются все более тесной связью с клинической медициной, с одной стороны, и повышенным вниманием к социальным, культурным и иным средовым, экологическим факторам — с другой. Имеют место попытки объединения этих двух векторов развития современной арт-терапии, примером чего является отечественная модель клинической системной арт-терапии (КСАТ) (Копытин А.И., 2010, 2015).

Значение клинической и социальной арт-терапии, по всей видимости, будет в ближайшие годы все более усиливаться, что связано:

- с совершенствованием системы здравоохранения и социальной помощи, в том числе на основе формирования новой концепции медицинского и социального обслуживания в гражданском обществе;
- с растущим пониманием важной роли социокультурных факторов в развитии и профилактике психических и соматических заболеваний, а также связанных с ними психосоциальных проблем (биопсихосоциальная модель развития и лечения болезней и их последствий);
- с повышенным вниманием общества к интересам меньшинств, людей с психосоциальными ограничениями;
- с проникновением арт-терапии в негоспитальную среду, ее приближением к реальным условиям жизни представителей разных социокультурных групп, более активным использованием защитных и поддерживающих факторов этой среды, связанных с культурой, природой и социальными контактами.

Клиническая арт-терапия

Клиническая арт-терапия ориентирована на более активное использование искусства в медицинских учреждениях на основе биопсихосоциальной парадигмы развития и лечения психических и физических заболеваний. Наряду с психиатрией, на сегодняшний день клиническая арт-терапия представлена в таких областях медицины, как соматическая медицина (профилактика и лечение острых и хронических заболеваний внутренних органов), паллиативный уход, профилактическая медицина, гериатрия, педиатрия. Наиболее характерными отличительными особенностями клинической арт-терапии являются:

1. Лечебно-профилактическая направленность арт-терапевтического вмешательства, позволяющая отнести его к области медицины, хотя эта точка зрения в настоящее время оспаривается, особенно со стороны гуманитарно-, психологически-ориентированных представителей арт-терапевтического сообщества.
2. Использование творческой активности пациентов в качестве дополнительного (вспомогательного) или основного фактора профилактики и лечения психических и соматических (психосоматических) заболеваний, а также реабилитации лиц с ограниченными возможностями психического и физического здоровья.
3. Ориентация на использование не только универсальных, но и более дифференцированных, специальных лечебно-профилактических

арт-терапевтических воздействий, учитывающих специфику заболевания, его проявлений и патогенеза.

4. Стремление к инструментализации и стандартизации вмешательств, направленных на клинические мишени, связанные не только с внешними проявлениями болезней, но и с причинными факторами и механизмами их развития.
5. Повышенное внимание к эффективности лечебно-профилактических воздействий, связанное с проведением исследований на основе норм и принципов доказательной медицины.
6. Реализация специалистами с клинической подготовкой: в нашей стране — клиническими психологами и врачами-психотерапевтами, а за рубежом — клиническими арт-терапевтами, включенными в полипрофессиональные бригады.
7. Оплата арт-терапевтических вмешательств как регламентированных лечебно-профилактических услуг в основном за счет средств страховой медицины (преимущественно в практике зарубежной арт-терапии, с развитой системой арт-терапевтических услуг).

Благодаря развитию клинического направления в арт-терапии усиливается ее связь с медициной, что, в целом, можно признать значимым фактором дальнейшего совершенствования арт-терапевтических услуг. В то же время это предполагает определенные риски, такие как:

- биологизация арт-терапии, ведущая к ослаблению ее гуманитарной основы;
- подмена личностных и межличностных факторов арт-терапевтического процесса, связанных с внутренней мотивацией и творческой активностью пациентов, а также терапевтическими и групповыми отношениями, его инструментальной составляющей, техниками и алгоритмами направленного лечебно-профилактического воздействия;
- недооценка художественной составляющей арт-терапии, внутренних и внешних условий творческой деятельности.

Одним из важнейших условий предупреждения подобных рисков может являться понимание специалистами в области клинической арт-терапии преимуществ и отличий используемых ими методов от других форм и методов лечения. Примером интеграции арт-терапии в клинические условия с сохранением ее специфики является клиническая системная арт-терапия (КСАТ) (Копытин А.И., 2010, 2015). Она имеет ряд существенных отличий от используемых за рубежом моделей арт-терапии, с одной стороны,

и отечественных аналогов (в частности, ТТС М.Е. Бурно, 1989), применяемых в клинической практике, — с другой. КСАТ выступает 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.

Используемая при разработке КСАТ концепция личности как системы отношений человека с окружающей средой связана с признанием художественного творчества в качестве особого вида личностной активности, обладающего важной адаптационной, копинговой функцией и используемого в широком диапазоне жизненных ситуаций, включая ситуации стресса и болезни. При этом творческая деятельность понимается как вид личностной активности, затрагивающий эмоциональную, когнитивную, поведенческую, физическую и духовную сферы и выполняющий функцию сохранения и преобразования идентичности как динамической системы регуляции самоотношения и отношений с внешним миром.

Важной составной частью КСАТ выступает динамическая концепция лечения, предполагающая обоснование общих и специфических факторов лечебно-профилактического воздействия САТ, а также уточнение процессуально-технологических особенностей арт-терапевтического вмешательства при разных психических и соматических нарушениях и состояниях дезадаптации. Динамическая концепция лечения формируется на основе концепции расстройства и исследования личности пациента. КСАТ обеспечивает:

- оптимальный учет различных биопсихосоциальных факторов сохранения и восстановления здоровья;
- обоснование общей стратегии арт-терапевтических вмешательств и функций специалиста на разных этапах арт-терапевтического процесса в их соотношении с другими методами лечения и реабилитации;
- возможность включения арт-терапии в организационный контекст медицины, оптимального взаимодействия проводящих арт-терапию специалистов с другими специалистами полипрофессиональной бригады;
- учет социальных, культурных, институциональных и иных внешних влияний на процесс арт-терапии, социального и культурного опыта пациентов.

Социальная арт-терапия

Другим важнейшим вектором развития современной арт-терапии является социальная арт-терапия. В определенной мере она оказывает влияние на арт-терапию клиническую. Некоторые идеи и принципы социальной арт-терапии включены, например, в КСАТ. Термин «социальная арт-терапия» использован здесь в качестве рабочего понятия, позволяющего описать те модели арт-терапевтической практики, которые имеют ряд характерных особенностей, а именно:

1. Ориентированы на предупреждение и смягчение проблем психосоциального характера, связанных с отношениями людей и социальных групп. Так, например, важной функцией социальной арт-терапии является функция посредничества в конфликтах.
2. Стремятся к повышению эффективности деятельности, качества жизни и отношений людей на основе фактора творческой активности.
3. Используют искусство как катализатор позитивных социальных изменений.
4. Направлены на устранение или смягчение негативных психосоциальных последствий психических и соматических заболеваний — стигматизации (клеяния), маргинализации, — а также возникающих на их почве психогенных реакций и состояний дезадаптации.
5. Уделяют повышенное внимание реабилитации и социальной интеграции (инклюзии) людей с ограниченными возможностями здоровья и представителей групп риска.
6. Используются с целью развития организаций, личностного и профессионального роста, духовного обогащения и развития людей.
7. Зачастую применяются за рамками учреждений здравоохранения, образования и социальной помощи, либо, поддерживая с ними определенную связь, стремятся к большей независимости от них, сотрудничеству с гражданскими инициативами, общественными объединениями, негосударственными фондами.
8. Характеризуются меньшей степенью ведомственного контроля и большей самостоятельностью в определении стратегии и тактики работы, при разработке и реализации арт-терапевтических программ. Это тесно связано с использованием негосударственных источников финансирования, большей организационной и материальной самостоятельностью инициатив социальной арт-терапии. В то же время согласование идейной платформы программ социальной арт-терапии, даже когда они инициированы

негосударственным сектором, с ведомственными структурами и политикой государства, а также использование государственных и муниципальных источников финансирования не исключаются.

9. Предполагают иной характер отношений между специалистами и получателями услуг. Они представляют собой скорее форму партнерских отношений, нежели отношений эксперта и клиента (пациента).

Социальная арт-терапия подготовлена и поддерживается развитием социальных и гуманитарных наук, новых направлений философии, культурологии и психологии, характеризующихся большим вниманием к социальным, культурным, дискурсивным факторам, определяющим субъектность и отношения между людьми. На становление и дальнейшее развитие социальной арт-терапии оказывают влияние такие новые направления философии и психологии, как: постструктурализм/постмодернизм, психология общин, критическая психология, глубинная психология, мультикультурная психология, экопсихология, феминистская и гендерная психология, глобальная психология, либеральная психология, радикальная психология, психология мира.

Социальная и в определенной мере клиническая арт-терапия в последние годы уделяет все больше внимания роли властных отношений, контекста (включая роль культуры, институциональной среды, сообществ и т.д.), мультикультурным влияниям, политике, правовому контексту, проявлениям неравенства, глобальным факторам доминирования, самоопределению и сопротивлению институтам социальной гегемонии.

Становление социальной арт-терапии позволяет специалистам в этой области, а также представителям творческих профессий развивать новые формы работы с населением в разных учреждениях культуры, медицинской и социальной помощи и системы образования, а также за их пределами. Иногда эти новые формы работы могут быть отнесены к терапии, иногда — к сфере искусства.

Важным условием эффективной работы в сфере социальной арт-терапии, часто переплетающейся с арт-терапией клинической, является гражданская позиция специалиста. Она позволяет ему, с одной стороны, быть убежденным в возможности позитивных изменений, касающихся физической и психологической сферы людей и функционирования разных социальных групп и сообществ. С другой стороны, гражданская позиция предполагает способность к критической оценке бытующих форм социальной практики, включая медицину,

образование, культуру, разные виды лечебной и образовательной деятельности, идеологию.

Гражданская позиция специалиста в области социальной арт-терапии тесно связана с представлением о том, что позитивные социальные изменения реализуются через творчество и общение людей и могут начинаться с уровня отдельной личности, семьи, коллектива (сообщества), учреждения или общества в целом. При этом позитивные социальные изменения могут быть связаны:

- с повышением социальной, политической и культурной компетентности, сознательности и активности граждан;
- со взятием на себя большей ответственности за свое поведение и судьбу;
- с развитием самосознания и идентичности.

Некоторыми формами общественной активности специалистов, связанными с социальной арт-терапией, могут быть (Estrella K., 2011):

- посредничество в конфликтах;
- тренинг уверенного поведения;
- организация и развитие сообществ, включая групповую и командную работу (тренинг лидерства и управления);
- методы социальной поддержки;
- развитие общинного и корпоративного партнерства;
- институциональные изменения на основе работы с малыми группами и изменения политики учреждений;
- социальные исследования на основе действия (акций);
- политическая активность, лоббирование;
- филантропия.

Все это может быть реализовано как в сферах медицинского и социального обслуживания (в частности, сфере психического здоровья) и образования, так и в сфере искусства.

Специалисты клинической и социальной арт-терапии

На сегодняшний день в области клинической и социальной арт-терапии работают разные специалисты. Важное значение при этом имеют статус и уровень профессионального признания арт-терапии. В тех странах, где арт-терапия рассматривается как самостоятельная специальность и действуют определенные нормы допуска к профессиональной арт-терапевтической деятельности

(США, Великобритания), специалисты клинической и социальной арт-терапии — это прежде всего сертифицированные (лицензированные) арт-терапевты. В последние годы среди арт-терапевтов увеличивается доля тех, кто, наряду с арт-терапевтической, имеет иную подготовку и лицензию на оказание услуг в сфере клинического, семейного и супружеского консультирования, психотерапии, психологии, сестринской помощи.

В странах с развитой системой профессионального арт-терапевтического образования, осуществляемого преимущественно в форме программ магистерского или постмагистерского уровней, отмечается тенденция к более узкой специализации, связанной с отдельными сферами клинической практики, например, аддиктологией (наркологией), оказанием психосоциальной помощи на основе применения искусства. В проектах социальной арт-терапии могут участвовать не только лицензированные или сертифицированные специалисты, но и художники, работники культуры.

В нашей стране в последние годы формируется система дополнительного профессионального образования по арт-терапии, рассчитанная на специалистов с разной подготовкой — психологов, врачей (в основном психиатров и психотерапевтов), педагогов, лиц с художественным образованием. Очевидно, что основная профессиональная подготовка и уже имеющиеся у специалиста сертификаты и лицензии во многом определяют то, где и как он будет работать, используя полученные арт-терапевтические знания и навыки.

В области клинической арт-терапии лечебно-профилактического и реабилитационного направлений в нашей стране могут работать следующие специалисты:

- врачи-психотерапевты, имеющие соответствующие дипломы и сертификаты, а также прошедшие специальную подготовку по арт-терапии;
- клинические (медицинские) психологи, прошедшие специальную подготовку по арт-терапии;
- специалисты с иной подготовкой (художники, специалисты по социальной работе, психологи с иной, неклинической специализацией и др.), также прошедшие подготовку по арт-терапии.

Проводя арт-терапию в той или иной форме, в зависимости от их основного и дополнительного профессионального образования и имеющихся сертификатов, все эти специалисты могут иметь разную меру клинической ответственности и осуществлять разные функции, делегированные им, исходя из ведущих направлений деятельности

лечебно-профилактического или реабилитационного учреждения (подразделения).

С учетом особенностей становления арт-терапии в нашей стране, значительной роли врачей (психиатров, психотерапевтов) в развитии данного направления наряду с клиническими психологами они могут продолжать занимать значимые позиции в области клинической арт-терапии. При этом дополнительно должны быть уточнены функции и формы деятельности этих специалистов, а также необходимые профессиональные компетенции, если речь идет о проведении арт-терапии.

Так, проводя клиническую арт-терапию, врачи-психотерапевты должны уметь:

- осуществлять всестороннюю оценку состояния и анамнеза клиента, определяя форму клинического расстройства (нозологическая принадлежность, особенности течения) и функциональный диагноз клиента (в том числе исследуя его «творческий анамнез»);
- планировать форму и направленность арт-терапевтического вмешательства, определяя при этом методы, мишени и задачи арт-терапевтической работы, с учетом клинических, психологических, социальных и физических особенностей клиентов, а также внешних условий (особенностей учреждения или подразделения, форм его работы, сроков основного лечения, условий финансирования и др.);
- организовывать и проводить индивидуальную или групповую арт-терапию, формируя при этом терапевтические отношения, используя адекватные способы личностно-ориентированного взаимодействия с клиентами, фасилитации их художественной экспрессии, вербализации опыта и его терапевтической проработки;
- проводить всестороннюю оценку получаемых эффектов.

Компетенции и функции клинических психологов и других специалистов, проводящих клиническую арт-терапию, должны быть дополнительно уточнены. Сближение клинической и социальной арт-терапии, в частности растущее признание роли социокультурных факторов патогенеза расстройств психической и физической сферы и усилении компонентов реабилитации и психосоциальной помощи в медицине, определяет необходимость разработки соответствующих компетенций, дополняющих обозначенные выше компетенции специалистов клинического направления.

Определенное значение при этом может быть придано умению специалиста учитывать социокультурные факторы, включая

институциональную структуру и динамику, мультикультурные влияния, дискурсивные практики, политический и правовой контекст, роль искусства в современном мире и его влияние на различные общественные институты и отношения. Очевидно также, что важным условием эффективной работы в сфере социальной арт-терапии (проникающей и в клиническую сферу) является зрелая гражданская позиция специалиста.

Проблемы и задачи развития клинической и социальной арт-терапии

Основные задачи развития клинической и социальной арт-терапии в Российской Федерации на сегодняшний день включают:

- необходимость создания системы подготовки арт-терапевтов и специалистов по творческой занятости (арт-инструкторов);
- разработку, стандартизацию и внедрение комплекса арт-терапевтических программ и программ творческой занятости, предусматривающих формулировку цели и задач, мишеней воздействия, технологических протоколов, с учетом этапов арт-терапии, клинического и функционального диагнозов и др.;
- проверку эффективности программ, создание доказательной базы арт-терапии;
- аттестацию, профессиональный и общественный контроль за деятельностью специалистов в сфере арт-терапии;
- адекватное позиционирование арт-терапии в системе медицинского обслуживания, социальной сфере, оптимизацию взаимодействия арт-терапевтов в полипрофессиональной бригаде;
- укрепление общегуманитарной, социальной, культурологической основы арт-терапии, ее связи с социальной и культурной средой, сообществами, общественным сектором;
- работу по реконструкции и развитию терапевтической среды и терапевтического сообщества.

Литература

1. Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением. 1-е изд. — М.: Медицина, 1989.
2. 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. дисс. на соискание ученой степени доктора медицинских наук. 2010.
3. Копытин А.И. Современная клиническая арт-терапия. — М.: Когито-Центр, 2015.
 4. Art in action. Expressive arts therapy and social change (eds. E. Levine and S. Levine). — London: Jessica Kingsley Publishers, 2011.
 5. Arts therapists, refugees and migrants (ed. D. Dokter). — London: Jessica Kingsley Publishers, 1998.
 6. Elkins D. and Deaver S. American Art Therapy Association, Inc.: 2011 membership survey report // Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association. — 2013, 30(1). P. 36–45.
 7. Estrella K. Social activism within expressive arts therapy // Art in action. Expressive arts therapy and social change (eds. E. Levine and S. Levine). — London: Jessica Kingsley Publishers, 2011. P. 42–52.

Копытин А.И.

*д.м.н., профессор кафедры психологии СПбАППО,
доцент кафедры психотерапии и сексологии
СЗМУ им. И.И. Мечникова*

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ

**КЛИНИЧЕСКАЯ
АРТ-ТЕРАПИЯ**

ИЗУЧЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ АРТ-ТЕРАПИИ В РАЗВИТИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Назарова Н.Р.

В последние годы в нашей стране арт-терапия используется довольно широко, в том числе и в психиатрии. В большинстве случаев она дополняет психофармакотерапию и другие методы лечения. Лиманкин (2015) отмечает роль различных форм терапии искусством, терапии художественным выражением в создании терапевтической среды и в психосоциальных программах. Автор также считает, что «занятия творческими видами деятельности побуждают пациентов к креативному выражению, косвенно помогая им достичь более высокого уровня социального функционирования» (с. 87).

По мнению Малкиоди (2004), искусство и творчество в ходе арт-терапевтической работы ведут к самопознанию на более глубоком уровне: клиенты осознают свои эмоции, освобождаются из их плена, перерабатывают, получают возможность посмотреть на свои чувства, находясь от них на некотором расстоянии. В то же время творчество помогает избавиться от отрицательных эмоций, понять, что кроме страдания в жизни есть и другие чувства.

Арт-терапия может быть полезной при работе с эмоциями и эмоциональными состояниями у пациентов с выраженными алекситимическими чертами за счет специфики изобразительной работы. Во время изображения своих проблем, воспоминаний, эмоций и ощущений пациент конкретизирует их в физическом материале (используя художественные материалы, бумагу). Видя свои проблемы в физическом воплощении, он может посмотреть на них и проанализировать как бы со стороны (с помощью терапевта), понять свое беспокойство и отношение к проблеме. Это ведет к уменьшению эмоционального напряжения.

Ощущение внутренней безопасности в процессе творчества в спокойной атмосфере арт-студии также снижает негативную эмоциональную напряженность. Экспрессивная коммуникация означает одновременное открытое выражение в своем произведении скрываемых до этого негативных эмоций и получение положительных эмоций при творческом процессе. Проблема получает визуальное выражение, и пациент сам или с помощью терапевта ищет новые пути ее изображения, и вместе с этим приходит и новое осмысление проблемы.

Арт-терапия включает как ментализирование, так и эмпатию как необходимые компоненты человеческих взаимоотношений. Чтобы понять опыт другого человека, необязательно его вербализовать (Hass-Cohen, 2008). Эмоциональный опыт в процессе арт-терапии может активизировать эмпатический резонанс. Зеркальные нейроны активируются во время наблюдения за действиями другого человека (Hass-Gohen, 2008).

Нами ранее уже проводилась арт-терапевтическая работа с эмоциональной сферой пациентов, результаты которой описаны в статье (Назарова, 2015). Результаты проведенной работы в открытой арт-терапевтической группе показали, что работа с эмоциями в арт-терапии может быть очень продуктивной и полезной для пациентов с психическими расстройствами с алекситимическими чертами личности, в частности для развития их эмоционального интеллекта. В настоящей статье представлены результаты исследования возможностей развития эмоционального интеллекта у пациентов с психическими расстройствами, участвовавших в закрытой арт-терапевтической группе на базе медико-реабилитационного отделения психоневрологического диспансера.

Эмоциональное развитие и эмоциональный интеллект

Общий уровень эмоционального развития личности, по мнению Ильина (2011), определяется качеством развития таких компонентов эмоциональной сферы, как:

- эмоциональные явления, под которыми подразумеваются различные по силе и длительности эмоциональные состояния;
- эмоциональные свойства, то есть характеристики эмоционального реагирования, постоянно и ярко проявляющиеся у данного человека;

- эмоциональные образования, в частности эмоциональный интеллект, который подразумевает под собой способность отслеживать собственные чувства и чувства других людей, различать их и использовать данную информацию для управления своим мышлением и действиями.

Согласно Salovey, Mayer (1990), в структуру эмоционального интеллекта входит ряд способностей: распознавание собственных эмоций, владение эмоциями, понимание эмоций других людей, эмпатия, самомотивация. Важнейшим компонентом эмоционального интеллекта является понимание эмоций субъектом. В то же время распознавание эмоций является проблематичным для личностей с выраженной алекситемией. Существенными чертами алекситимического конструкта являются: трудности в идентификации и описании своих чувств; неспособность к дифференциации чувств и телесных ощущений; недостаток воображения, ригидность и конкретность. По мнению Андреевой (2004), распознавание эмоций способствует более эффективной коммуникации, поскольку позволяет адекватно идентифицировать, описывать, перерабатывать и в дальнейшем выражать эмоции.

Понимание эмоций связано с возможностями их выражения. Овладение языком эмоций требует усвоения общепринятых в данной культуре форм их выражения, а также понимания индивидуальных проявлений эмоций у людей, с которыми человек живет и работает. Андреева (2004) отмечает, что понимание эмоций сложнее, чем их выражение, а также что понимание эмоций связано с уровнем развития эмпатии.

Говоря о самомотивации, она также отмечает, что эмоции обладают мотивирующей силой, заставляя людей действовать. Слово «эмоция» произошло от латинского глагола «*emovere*», что означает «двигаться». Обобщая данные существующих определений эмоционального интеллекта, Андреева (2012) отмечает, что индивиды с высоким уровнем развития эмоционального интеллекта обладают выраженными способностями к пониманию эмоций (собственных и других людей), выражению эмоций и к управлению эмоциональной сферой, что способствует адаптивности и эффективности в общении и деятельности.

Также автор считает, что возможно рассматривать личность с высоким уровнем эмоционального интеллекта в сопоставлении с личностью, имеющей низкий уровень эмоциональных способностей, как более мудрую и успешную в решении проблем. Уровень эмпатии,

эмоциональной чувствительности и в то же время стрессоустойчивости, у нее выше, поскольку она способна интеллектуализировать собственные эмоции.

Андреева (2004) делает вывод, что эмоциональный интеллект представляет собой совокупность эмоциональных и социальных способностей, таких, как способности к пониманию собственных эмоций и эмоций других людей, к управлению эмоциональной сферой и самомотивации. Все структурные компоненты эмоционального интеллекта взаимосвязаны, и их тесная взаимозависимость способствует эффективному межличностному взаимодействию.

Эмоциональный интеллект при психических расстройствах

Отмечается немногочисленность существующих как западных, так и российских исследований эмоционального интеллекта при психопатологических состояниях (Рычкова и др., 2014). Изучая структуру эмоционального интеллекта при психических заболеваниях, Плужников (2010) отмечает, что снижение эмоционального интеллекта при аффективных расстройствах связано с ведущим психопатологическим синдромом и наличием коморбидного расстройства личности. Нарушения эмоционального интеллекта при данных расстройствах выступают в качестве предрасполагающих и хронифицирующих личностных факторов.

Исследование, проведенное Менделевич и Пырковой (2015), показало, что у больных с невротическими расстройствами уровень эмоционального интеллекта ниже. У них, в частности, снижен внутриличностный эмоциональный интеллект, что проявляется в слабо развитой способности управлять своими эмоциями (вызывать и поддерживать желательные эмоции и держать под контролем нежелательные). Структурные компоненты межличностного эмоционального интеллекта у испытуемых этой группы связаны с такими личностными характеристиками, как конформизм и практичность. При сравнении, в группе здоровых лиц выявлен средний уровень эмоционального интеллекта, большинство структурных компонентов межличностного интеллекта и креативные качества связаны с гибкостью — интегративной характеристикой личности, позволяющей успешно адаптироваться.

Исследованием эмоционального интеллекта как составляющей более общего понятия «социальный интеллект» занимается

Рычкова с соавторами (2014). Перечисляя такие нарушения при шизофрении, как нарушение восприятия лицевой экспрессии, эмоций, как собственных, так и других лиц, автобиографической памяти как тесно связанной с эмоциональным опытом и его переработкой, нарушения «прагматики речи», Рычкова рассматривает их как компоненты социального интеллекта, влияющие на социальное взаимодействие больных шизофренией. Автор считает, что эмоциональный интеллект является необходимой для успешного социального взаимодействия способностью к распознаванию, пониманию эмоций и управлению ими. Причем речь идет как о собственных эмоциях субъекта, так и об эмоциях других людей, их распознавании и понимании.

Рычкова изучала как экспрессивный компонент эмоционального интеллекта (способность адекватно проявлять свои чувства), так и импрессивный компонент эмоционального интеллекта (способность определять эмоции других людей по различным проявлениям невербального поведения — выражению лица, взгляду, позе и жесту). Полученные данные свидетельствуют, что эмоциональное состояние больных шизофренией характеризуется резким повышением таких параметров, за которыми стоит преобладание негативных переживаний в виде чувства потери энергии, безрадостности, утраты интересов, утомляемости, раздражительности, безнадежности, с пессимистической оценкой перспектив. Также пациенты испытывают беспокойство, неспособность расслабиться, ощущение страха перед окружающим миром (данные подтверждают показатели по общепатологическим шкалам и клинические наблюдения).

Снижение импрессивного компонента эмоционального интеллекта свидетельствует о резком снижении способности пациентов определять эмоциональное состояние партнера по общению. Это касается способности распознавать чувства других как по мимике, так и по парамимическим проявлениям. В ходе проведения исследования Рычкова отмечала затруднения, отказы от ответов, использование описательных формулировок и неэмоциональных суждений.

Экспрессивный компонент эмоционального интеллекта оценивался автором на основе методики, измеряющей запрет на выражение чувств, поскольку чем более отчетливо выражен запрет, тем менее вероятным будет как спонтанное, так и произвольное выражение эмоций. Полученные автором данные демонстрируют выраженный, в части случаев почти предельный запрет на выражение

базовых эмоций, особенно гнева, страха и печали, а также общий запрет на выражение чувств. Запрет на выражение чувств, по мнению автора исследования, ведет к отчуждению больными генуинных, внутренних переживаний, а их отрицание порождает дискомфорт, растерянность из-за невозможности точного осознания собственного состояния, а в тяжелых случаях — симптомы деперсонализации.

Также запрет на выражение чувств не дает возможности справиться с ними, перерабатывать иотреагировать эмоции, что приводит к эффекту кумуляции (особенно негативных переживаний, запрет на выражение которых был приведен выше). Рычкова предполагает, что это ухудшает эмоциональное состояние больных, стабилизирует и хронифицирует нарушения эмоциональной сферы. Автор делает вывод, что установленные нарушения эмоционального интеллекта и сопутствующие им коммуникативные и социальные трудности пациентов с шизофренией требуют психологического сопровождения и медикаментозного ведения больных, использования специализированных психокоррекционных вмешательств.

Развитие эмоционального интеллекта

По поводу возможности развития эмоционального интеллекта в психологии существуют разные мнения. Mayer, Salovey, Caruso (2000) придерживаются точки зрения, что эмоциональный интеллект — относительно устойчивая способность. Эмоциональные знания — вид информации, которой эмоциональный интеллект оперирует, — относительно легко приобретаются, в том числе и в процессе обучения. В то же время ряд ученых, среди которых, в частности Goleman (1995), считают, что эмоциональный интеллект можно и нужно развивать. По их мнению, эмоциональный интеллект может быть целенаправленно сформирован как у ребенка в процессе обучения и воспитания, так и у взрослого человека в процессе специально организованных тренингов.

Также неоднозначным остается вопрос о наиболее оптимальном периоде развития эмоционального интеллекта. Некоторые авторы полагают, что наиболее благоприятным периодом для развития эмоционального интеллекта является детство. Привычки и умения, которые складываются в детском возрасте, способствуют формированию системы основных синаптических проводящих путей

в архитектуре нервной системы, и в дальнейшем они с трудом поддаются изменению. По мнению ученых, все попытки серьезных изменений эмоционального интеллекта взрослых требуют «перемонтажа» компонентов высшей нервной системы. Другие авторы, напротив, отмечают, что нервные пути мозга продолжают развиваться вплоть до середины человеческой жизни. Поэтому возможно эмоциональное развитие в период зрелости. Оно проявляется в увеличении способности сознательного регулирования эмоций (Андреева, 2012).

Андреева (2012) отмечает, что результаты исследований указывают на возможность произвольного повышения как интегрального уровня эмоционального интеллекта, так и выраженности отдельных компонентов при помощи тренингового воздействия. Результаты эмпирического исследования Березовской (2004) подтверждают возможность развития эмоционального интеллекта путем специально организованного обучения и воспитания. Установлено, например, что обучение сценической деятельности содействует расширению эмоциональной осведомленности старшеклассников в целом, в том числе у юношей — развитию способности распознавать эмоции других и эмпатии, у девушек — произвольности в управлении эмоциональной сферой.

Андреева (2012) пишет о том, что в последние годы появились сообщения об эффективности тренинга эмоционального интеллекта в клинической психологии. Например, развитие эмоционального интеллекта посредством кратковременного тренинга эмоций с использованием когнитивных психотерапевтических и арт-техник способствует адаптации и ускоряет процесс ресоциализации больных шизофренией.

Воздействие на такие компоненты, как способность распознавать и описывать свои чувства и чувства других, а также возможность управлять своими эмоциональными состояниями позволяет повысить уровень эмоционального развития личности. Эти компоненты могут быть использованы в качестве объектов для арт-терапевтического воздействия в проводимом нами исследовании.

Выборка и методы исследования

Выборка включала 15 пациентов с психическими расстройствами, из которых 13 — с шизофренией (параноидная форма), два человека — с органическими поражениями головного мозга. Все находились

в состоянии ремиссии. В группе было 11 мужчин и 4 женщины в возрасте от 23 до 40 лет. Все пациенты относились к третьей функциональной группе, имели длительный стаж заболевания, у всех инвалидность 1-й, 2-й или 3-й группы, никто из них не работал. В группу сравнения вошли 20 человек схожей возрастной группы без психических расстройств.

Арт-терапевтические сессии в формате закрытой группы проводились на базе медико-реабилитационного отделения психоневрологического диспансера № 5 г. Санкт-Петербурга. Набор участников группы проводился по рекомендациям лечащих врачей отделения. С каждым участником была проведена предварительная мотивационная беседа, в которой разъяснялись темы будущих занятий и особенности групповой арт-терапевтической работы. Было получено индивидуальное согласие каждого на участие в групповых арт-терапевтических занятиях и проведение диагностики.

Арт-терапевтические сессии проводились два раза в неделю по 1,5 часа в течение полутора месяцев в формате закрытой группы. Было проведено 12 тематических занятий: шесть по разным темам, связанным с эмоциями и эмоциональными состояниями, а также шесть занятий — на тему коммуникации и взаимодействия. Поскольку все пациенты относились к третьей функциональной группе, то с учетом рекомендаций по работе с такими пациентами (Копытин, 2017) были использованы в основном не интерактивные, а низко интерактивные формы групповой арт-терапии с преимущественно индивидуально направленными интервенциями. Были также включены элементы совместного восприятия созданных изобразительных работ, краткого обсуждения процесса и результатов изобразительной деятельности. Позиция ведущей была исключительно поддерживающая, фасилитирующая, состояла в организации и регулировании деятельности пациентов, в дозировании психологической нагрузки на пациентов. Краткое описание программы проведенных занятий представлено в таблице 1.

В ходе работы было проведено два диагностических среза: первый — перед проведением групповых занятий и второй — после окончания групповых занятий. Для диагностики использовались следующие методики: Торонтская алекситимическая шкала (TAS); тест эмоционального интеллекта Холла (EQ), тест «Нарисуй историю», тест художественно-эмоционального восприятия (ТХЭВ) (Копытин, Черенков, 2016). Математический анализ проведен с использованием SPSS for Windows, Version 24.0.

Таблица 1

Программа арт-терапевтических занятий

№	Название занятия	Краткое содержание занятия
1.	Вводное занятие	Знакомство участников, ожидания от групповых занятий, выработка правил группы, первый диагностический срез (TAS, EQ, ТХЭВ).
2.	Работа с коммуникацией	Тест «Нарисуй историю» с показом рисунков и рассказом истории для всех членов группы. Упражнение «Подарок». Каждый рисует на своем листе тот подарок, который он хотел бы получить, и подписывает свое имя. Рисунок передается по кругу соседу справа. К рисунку каждый добавляет рисунок того подарка, который мог бы подойти конкретному человеку. Рисование продолжается до тех пор, пока рисунок не вернется автору. Обсуждение.
3.	Работа с эмоциями «Радость»	Обсуждение эмоции «Радость», ее мимических и телесных проявлений в позе, в движении. Рисование эмоции «Радость». Рисование лица, выражающего радость. Показ рисунков и обсуждение.
4.	Работа с эмоциями «Тоска, грусть»	Обсуждение эмоций «Тоска, грусть», их проявлений, мимических и телесных, в позе, в движении. Рисование эмоции «Грусть». Рисование лица, выражающего грусть. Показ рисунков и обсуждение.
5.	Работа с коммуникацией «Рисунок по кругу»	Каждый начинает рисовать на своем листе свой рисунок, через несколько минут рисунок передается соседу справа, который продолжает рисунок в соответствии с инструкциями ведущего. Передача по кругу продолжается до тех пор, пока к автору не вернется начатый им рисунок. Обсуждение.
6.	Работа с эмоцией «Страх»	Обсуждение эмоции «Страх», ситуаций, ее вызывающих, ее проявлений, мимических и телесных, в позе, в движении. Рисование эмоции «Страх». Рисование лица, позы, выражающей страх. Показ рисунков и обсуждение.
7.	Работа с коммуникацией «Рисование в парах»	Совместное рисование на одном листе: • участники разбиваются на пары; • первый рисунок делается парой молча, не обсуждая и не договариваясь о теме; • второй рисунок делается парой с предварительным обсуждением, выбором темы рисунка и распределением ролей. Обсуждение.

Окончание таблицы 1

№	Название занятия	Краткое содержание занятия
8.	Работа с эмоциями «Стыд, вина»	Обсуждение эмоций «Стыд и вина», их проявлений, мимических и телесных, в позе, в движении. Рисование эмоции «Стыд». Рисование лица, выражающего стыд, позы. Показ рисунков и обсуждение.
9.	Работа с коммуникацией «Рисование в подгруппах»	Рисование общих работ в подгруппах: • группа делится на две подгруппы; • каждая подгруппа делает свой рисунок на отдельном листе на выбранную тему, предварительно договорившись. Обсуждение замысла и получившегося результата в каждой подгруппе.
10.	Работа с эмоцией «Гнев»	Обсуждение эмоции «Гнев», ситуаций, ее вызывающих, ее проявлений, мимических и телесных, в позе, в движении. Рисование эмоции «Гнев». Рисование лица, позы, выражающих гнев. Показ рисунков и обсуждение.
11.	Работа с коммуникацией «День рождения»	Изготовление коллажей с пожеланиями для именинников и для любых выбранных участников группы. Поздравления именинников. Обсуждение.
12.	Работа с эмоциями «Мое эмоциональное состояние»	Обсуждение текущего эмоционального состояния участников и событий, их вызвавших. Рисование на темы «Мое актуальное эмоциональное состояние», «Желаемое для меня эмоциональное состояние». Показ рисунков и обсуждение.
14.	Работа с коммуникацией. Совместный рисунок	Создание общего рисунка на большом листе на тему «Город»: • рисование на общем листе каждым участником отдельного, своего дома; • переход к дому соседа с добавлением деталей окружающей дом обстановки; • придумывание названия каждому дому; • прокладывание дорог от дома к дому, рисование других транспортных сетей и транспортных средств; • добавление других необходимых в городе строений, деталей. Обсуждение.
15.	Заключительное занятие	Подведение итогов проведенных занятий. Второй диагностический срез (ТАS, EQ, тест «Нарисуй историю», ТХЭВ). Письменная обратная связь от участников «Что мне дали занятия?».

После проведения всех занятий и подведения итогов диагностики с каждым участником была проведена индивидуальная консультация по итогам работы и результатам диагностики.

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе проведения групповых занятий произошел отсев трех участников, двое отсеялись по разным причинам после первого, вводного, занятия, и еще один участник — после шестого занятия в связи с отъездом в санаторий по выделенной путевке. Таким образом, полный цикл групповых занятий прошли 12 участников.

В таблице 2 представлены результаты первого среза экспериментальной группы в сравнении с нормативными показателями по методикам и с данными группы сравнения.

Таблица 2

Результаты первого среза в сравнении

Показатель	Экспериментальная группа	Норма	Группа сравнения
TAS	$68,8 \pm 11,29$	Меньше 62	$51,29 \pm 8,96$
EQ	$7,47 \pm 28,37$	40–69	$49,33 \pm 14,43$
ТХЭВ	$7,93 \pm 2,07$	Больше 8	$10,76 \pm 3,16$
Когнитивные Шкалы теста Сильвер («Нарисуй историю»)	$10,14 \pm 3,57$	12–15	$13,24 \pm 1,04$

Полученные данные показывают достаточно низкие показатели результатов экспериментальной группы как в сравнении с нормативными показателями по каждой методике, так и с группой сравнения, что свидетельствует о достаточной выраженности алекситимических проявлений в данной группе пациентов, низком эмоциональном интеллекте и снижении показателей по когнитивным шкалам теста «Нарисуй историю».

В таблице 3 представлены значимые различия показателей, изменение которых произошло в результате проведенных занятий. Данные представлены вместе с данными группы сравнения.

Таблица 3

Значимые изменения показателей в экспериментальной группе

Показатель	Экспериментальная группа						Группа сравнения	
	Первый срез (n=15)		Второй срез (n=12)		t-критерий Стьюдента			
	М	σ	М	σ	t	Знач.	М	σ
EQ (эмоциональный интеллект)	7,47	28,37	21,41	29,13	-3,108	0,011	49,33	14,43
«Эмоциональная осведомленность»	5,00	6,57	7,41	6,89	−3,442	0,006	14,33	2,71
«Управление своими эмоциями»	−1,93	7,18	1,25	6,16	−2,980	0,013	3,33	6,87
«Эмоциональное содержание рисунка» («Нарисуй историю»)	3,29	1,20	2,58	1,44	2,548	0,027	—	—

По результатам сравнения средних показателей на входе ($M=7,47$) и на выходе ($M=21,41$) были выявлены значимые различия интегрального показателя (EQ) эмоционального интеллекта ($p=0,011$). Также значимые различия были выявлены между средними показателями на входе ($M=5,00$) и на выходе ($M=7,41$) по шкалам «Эмоциональная осведомленность» ($p=0,006$) и между средними показателями на входе ($M=-1,92$) и на выходе ($M=1,25$) шкалы «Управление своими эмоциями» ($p=0,013$) теста эмоционального интеллекта.

Таким образом, в результате проведенных занятий улучшилась эмоциональная осведомленность и увеличилась возможность управления своими эмоциями, что повлияло на значимый рост интегрального показателя эмоционального интеллекта. По шкале «Эмоциональное состояние» теста «Нарисуй историю» произошли значимые изменения средних показателей, причем на входе $M=3,29$, а на выходе $M=2,58$, то есть произошло значимое снижение среднего показателя по шкале ($p=0,027$). Последние данные могут быть интерпретированы как уход от позиции стороннего, не вовлеченного наблюдателя, которая свойственна пациентам с шизофренией, и переход к более вовлеченному эмоционально состоянию, возможно, с присутствием и признанием существующих сложных и негативных эмоций.

По остальным показателям значимых различий после проведения занятий выявлено не было. Отметим, что, хотя увеличение средних

значений интегрального показателя эмоционального интеллекта и произошло, его уровень оставался в пределах низких значений ($21,41 \pm 29,13$ при норме от 40 до 69).

Анализ корреляционных связей между измеряемыми параметрами (ранговая корреляция Спирмена) показал наличие значимых связей между отдельными показателями различных тестовых методик. Так, в объединенной группе (лица с психическими расстройствами и группа сравнения) значимые взаимосвязи были обнаружены между всеми показателями и шкалами теста эмоционального интеллекта EQ и показателем TAS, показателями ТХЭВ и показателями теста «Нарисуй историю».

В арт-терапевтической группе при первом срезе корреляционные связи были немногочисленны. Значимые связи были выявлены между интегральным показателем эмоционального интеллекта и TAS (обратная взаимосвязь $r = -0,540$, $p = 0,038$), шкалами «Эмоциональное состояние» ($r = -0,646$, $p = 0,013$) и «Образ Я» ($r = -0,589$, $p = 0,027$) теста «Нарисуй историю» с показателем TAS (обратные взаимосвязи), прямая взаимосвязь суммарного показателя эмоционального интеллекта ($r = 0,642$, $p = 0,018$) и шкалой «Эмоциональные фоны» методики ТХЭВ.

Также обнаружена прямая значимая связь между интегральным показателем эмоционального интеллекта ($r = 0,523$, $p = 0,046$) и уровнем образования участников группы. Корреляционная связь эмоционального интеллекта и уровня образования показывает, что в данной группе воздействие на интегральный показатель эмоционального интеллекта возможно именно через повышение уровня осведомленности, что и было реализовано в ходе арт-терапевтических занятий.

При втором срезе количество корреляционных связей между показателями экспериментальной группы сильно возросло, хотя и не достигло количества корреляционных взаимосвязей объединенной группы. Значимые сильные связи были обнаружены не только между средним показателем TAS и интегральным показателем эмоционального интеллекта ($r = -0,878$, $p = 0,0001$), но и среднего показателя TAS с каждой шкалой теста эмоционального интеллекта. Значимые связи возникли между шкалой «Образ Я» теста «Нарисуй историю», интегральным показателем эмоционального интеллекта ($r = 0,738$, $p = 0,015$) и его шкалами «Эмоциональная осведомленность» ($r = 0,675$, $p = 0,032$), «Самотивация» ($r = 0,890$, $p = 0,001$) и «Распознавание эмоций других» ($r = 0,643$, $p = 0,045$). Эта же шкала «Образ Я» оказалась значимо связана со средним показателем TAS (обратная связь $r =$

–0,700, $p=0,024$). Все шкалы теста «Нарисуй историю» оказались значимо взаимосвязаны между собой, а когнитивные шкалы этого теста также оказались связаны как со шкалой «Эмоциональные фигуры», так и с общим показателем методики ТХЭВ.

Для обобщения данных был проведен факторный анализ, позволивший выделить три основных по нагрузке фактора. Группа параметров, объединенных влиянием первого фактора, включает в себя все шкалы и интегральный показатель эмоционального интеллекта, а также шкалы «Эмоциональное состояние» и «Образ Я» теста «Нарисуй историю». Все эти показатели оказались тесно связанными между собой, что отражает особенность конструкта эмоционального интеллекта с его сильной личностной эмоциональной составляющей. Важно отметить, что в данный фактор с отрицательным знаком и максимальным значением вошел параметр алекситимии, что говорит о том, что узнавание, распознавание и возможность вербализации эмоций соотносятся с показателями эмоционального интеллекта. Этот фактор условно назовем «эмоциональный».

Во вторую группу вошли все когнитивные шкалы теста «Нарисуй историю» (шкалы «Умение выбирать», «Умение комбинировать» и «Умение передавать представления в рисунке»), а также шкала «Эмоциональные фигуры» ТХЭВ. Данная группа показателей отражает тот факт (в том числе наблюдаемый нами в ходе проведения диагностики), что выбор эмоциональных фигур ТХЭВ происходит скорее не на эмоциональной, а на когнитивной основе. Таким образом, данный фактор будем называть «когнитивный».

И в третью группу вошли три параметра: шкала «Эмоциональные фоны», общий показатель ТХЭВ и шкала «Умение комбинировать» теста «Нарисуй историю». Последняя шкала отражает умение создавать форму рисунка, умение показать пространственные связи между частями и персонажами рисунка, изображение глубины пространства. Таким образом, третий фактор условно можно назвать «творческий, художественный». То есть три выделенных фактора отражают сущность групповой арт-терапевтической работы с эмоциями, эмоциональную, когнитивную и творческую составляющие этой работы.

Примеры выполненных работ

Работа с эмоциями по теме «Страх» вызвала сильные эмоции у некоторых участников, связанные с не пережитой до конца смертью родителей (Рис. 1, 2). Так, в ходе этого занятия один из

участников поделился тем, что полгода назад у него умерла мама, и он остался совсем один. Он поделился также и своим страхом смерти, который на рисунке он изобразил с элементами «черного юмора» (Рис. 1).

Работа на тему «День рождения» возникла спонтанно, в связи с тем, что у двух членов группы отмечались дни рождения накануне и в день арт-терапевтического занятия. В нашей арт-терапевтической студии существует традиция поздравлять именинников, создавая для них поздравительные коллажи с пожеланиями и изображениями подарков, а также устраивая чаепитие со сладостями. Не отступили от традиции и в этот день. Каждый участник должен был сделать несколько небольших коллажей с пожеланиями и подарками: два — для именинников, один — для себя и еще, по желанию, на выбор — для кого-то из членов группы. Таким образом, коллажи явились некоторым аналогом социометрического статуса члена группы.

Один из участников, не являвшийся именинником и получивший самое большое количество коллажей, был очень удивлен таким хорошим отношением членов группы, а также тем, что его признают в роли лидера. Это было для него неожиданным. Его лидерская роль и ее своеобразие были ранее проявлены им при создании работы в подгруппе. Этот участник взял на себя ответственность за выдвижение темы для общей работы в подгруппе, быстро начал рисовать на листе, заняв центр листа, но так же быстро и остыл и отстранился от общей работы, пока все остальные члены подгруппы дорабатывали общий рисунок.

Важной представляется возникшая в конце одного из занятий «минута тишины». Занятие подходило к своему концу, обсуждение рисунков и состояния участников было завершено. Уже было сказано, что занятие закончено, но никто из членов группы не спешил встать



*Рис. 1. Рисунок на тему «Страх»
(см. цв. вклейку)*



*Рис. 2. Рисунок на тему «Страх»
(см. цв. вклейку)*

и уйти, несмотря на то, что уже было время начала следующих занятий для некоторых из участников. Вся группа сидела молча и очень спокойно, никуда не торопясь. На короткое время возникло совсем неожиданное безмолвное единение всех членов группы. Оно длилось недолго, потом все встали и разошлись каждый по своим дальнейшим делам, но приятное ощущение общности осталось.

Приведем высказывания некоторых участников группы о проведенных арт-терапевтических занятиях: «Занятия проходили достаточно весело и увлекательно, задания были достаточно разнообразными»; «Много времени уделялось выражению собственных эмоций в рисунке, а работа в команде только подчеркивала индивидуальность каждого из участников»; «Работой в группе остался доволен»; «Мне понравилось, что благодаря занятиям эмоции становились «зримыми» и ощущаемыми. Их можно было анализировать, не погружаясь в переживания»; «Знание и понимание эмоций помогает правильно оценивать себя и более гармонично строить свои отношения с окружающим миром, людьми»; «Творческая составляющая занятий вызывала ажиотаж, интерес»; «Мне понравилась возможность не только индивидуального выражения своего «я», но и работы в группе».

Ограничения исследования

Проведенное исследование не претендует на полноценное исследование результатов закрытой арт-терапевтической группы по развитию эмоционального интеллекта, поскольку не были соблюдены все необходимые правила для классического эксперимента. Так, в частности, были представлены данные группы сравнения (лица без психических расстройств), но при этом отсутствовала контрольная группа пациентов. Контрольная группа могла бы состоять из пациентов той же нозологической группы, но не посещавших арт-терапевтические занятия. Также сложно говорить о чистоте эксперимента и влиянии на произошедшие в группе изменения благодаря только проведенным арт-терапевтическим занятиям. Это связано с тем, что все пациенты, участники данной группы, во время проведения групповых арт-терапевтических занятий участвовали и в других лечебно-реабилитационных программах отделения (трудотерапия, музыкальные занятия, театральные занятия, индивидуальная психотерапия и др.).

Предполагаем, что результаты исследования были бы более интересными и более показательными при наличии нескольких контрольных групп, схожих по составу пациентов, но не участвующих

в нескольких программах одновременно, а посещающих только отдельные направления (арт-терапевтическое, музыкальное, театральное, трудовое и др.). Это, к сожалению, практически невозможно организовать в условиях реальной работы медико-реабилитационного отделения. Также как ограничение проведенного исследования отметим небольшое количество пациентов, принявших участие в данном эксперименте.

Еще одним ограничением исследования можно считать тот факт, что все участники закрытой группы были предварительно знакомы с ведущей, посещая занятия студийной арт-терапевтической группы или ранее участвуя в занятиях открытой тематической группы по работе с эмоциями и коммуникацией. Предполагаем, что уже определенным образом сложившиеся отношения участников и ведущей могли предопределить результаты исследования.

К ограничениям исследования отнесем также применение методик TAS и EQ, являющихся опросниками самооценки, что приводит в некоторых случаях к социально желательным ответам, искажающим реальную картину эмоционального состояния и эмоциональных личностных проявлений пациентов.

Подводя итоги проведенного нами исследования, можно сделать вывод о возможности развития эмоционального интеллекта при психических расстройствах, используя арт-терапевтические методы работы. Исходя из полученных результатов исследования, можно признать, что, опираясь на эмоциональную осведомленность пациентов, развивая и усиливая ее, можно переходить к другим составляющим эмоционального интеллекта, повышая тем самым его интегральный показатель. Заметим, однако, что проведенных двенадцати занятий оказалось достаточно, чтобы постепенно начали намечаться некоторые сдвиги в измеряемых показателях.

Подтвердим выраженную нами (Назарова, 2015) ранее мысль о том, что введенные в стандартах оказания психиатрической помощи нормативы для арт-терапии (10 занятий) являются явно недостаточными для появления сколько-нибудь выраженных изменений показателей эмоционального интеллекта, и, конечно же, такое количество занятий явно недостаточно для улучшения социального функционирования пациентов. Результаты проведенного исследования могут помочь специалистам, работающим с данной нозологической группой пациентов, и руководителям реабилитационных отделений психоневрологического профиля лучше понимать возможности

арт-терапии в работе с эмоциональной сферой пациентов с психическими расстройствами и возможные положительные эффекты арт-терапевтической работы.

Литература

1. Андреева И.Н. Азбука эмоционального интеллекта. — СПб.: БХВ-Петербург, 2012.
2. Андреева И.Н. Понятие и структура эмоционального интеллекта // Социально-психологические проблемы ментальности: 6-я Международная научно-практическая конференция. — Смоленск, СГПУ, 2004. Ч. 1. С. 22–26.
3. Березовская Т.П. Эмоциональное развитие старшеклассников в условиях общеобразовательной школы с театральным уклоном // Белорусский психологический журнал, 2004. № 3. С. 30–35.
4. Ильин Е.П. Эмоции и чувства. — СПб.: Лидер, 2011.
5. Копытин А.И., Черенков Р.А. Тест художественно-эмоционального восприятия: диагностические, развивающие, психотерапевтические возможности. Методическое пособие. — СПб.: РОО «Арт-терапевтическая ассоциация», 2016.
6. Копытин А.И. Клиническая системная арт-терапия эндогенных и органических психических расстройств (шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства, органические и аффективные психозы): учебное пособие. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2017.
7. Лиманкин О.В. Современные тенденции развития общественно-ориентированной психиатрической помощи. Аналитический обзор. — СПб.: Таро, 2015.
8. Малкиоди К. Палитра души. Преображающая сила искусства: путь к здоровью и благополучию. Пер. с англ. — К.: «София»; М.: ИД «София», 2004.
9. Менделевич В.Д., Пыркова К.В. Исследования эмоционального интеллекта и креативности у больных с невротическими расстройствами // Современные проблемы науки и образования. — 2015. — № 3.; URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id> (дата обращения: 03.05.2017).
10. Назарова Н.Р. Работа с эмоциями в арт-терапевтической группе пациентов с психическими заболеваниями // Когнитивная психология: методология и практика. Коллективная монография (Под ред. В.М. Аллахвердова, Н.В. Дмитриевой, О.В. Защиринской,

- С.Н. Костроминой, С.А. Котовой, Т.В. Черниговской, Ю.Е. Шелепина). — СПб.: Изд-во ВВМ, 2015. С. 348–355.
11. Плужников И.В. Эмоциональный интеллект при аффективных расстройствах: авт. дисс. ... канд. психол. наук. — М., 2010.
 12. Рычкова О.В., Соина Н.А., Гуревич Г.Л. и др. Эмоциональный интеллект при шизофрении // Психическое здоровье, 2014. Т. 12, № 1. С. 37–42.
 13. Goleman D. Emotional intelligence. — New York: Bantam Books, 1995.
 14. Art therapy and clinical neuroscience / edited by Noah Hass-Cohen and Richard Carr. — London — Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2008.
 15. Mayer J.D., Salovey P., Caruso D.R. Models of Emotional Intelligence // Handbook of Intelligence (Ed.R. Stenberg). Cambridge University Press, 2000. P. 396–420.
 16. Salovey P., Mayer J.D. Emotional intelligence // Imagination, Cognition, and Personality, 1990, 9. P. 185–211.

КЛИНИЧЕСКАЯ СИСТЕМНАЯ АРТ-ТЕРАПИЯ С ВЕТЕРАНАМИ ВОЙН, ПРОХОДЯЩИМИ ЛЕЧЕНИЕ В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

Копытин А.И., Лебедев А.И.

Оказание эффективной психотерапевтической помощи ветеранам боевых действий является актуальной задачей, поскольку они занимают особое место в группе лиц повышенного риска развития психогенных нарушений здоровья и психосоциальной дезадаптации в результате воздействия стрессовых боевых факторов. Очевидны также трудности последующей реинтеграции участников боевых действий в условия мирной жизни. Боевая психическая травма в ближайшей и отдаленной перспективе может приводить к целому комплексу проблем и нарушений в физической и эмоциональной сфере, личностном, социальном функционировании ветеранов.

У ветеранов войн часто отмечаются трудности в выражении и осознании своих чувств, аффективного самоконтроля, низкая или дисгармоничная самооценка, чувство одиночества и социальной изоляции. Могут преобладать ригидные поведенческие и мыслительные модели, нарушение ценностных ориентаций, утрата или искажение смысла и целей жизни и многие другие проблемы. Также нередко имеет место более или менее заметное снижение качества жизни (Апчел, Цыган, 1999; Колов, Остапенко, Кривцов, 2005; Литвинцев, Снедков, Резник, 2005).

Чем дольше военнослужащие испытывают психоэмоциональную нагрузку и чем более интенсивно воздействие психогенного фактора реальной угрозы, тем более тяжелые последствия для их психического состояния могут возникать. По данным Соколова и Паршина (2013), даже через 4–5 месяцев после завершения боевых действий у ветеранов чеченской войны отмечался значительный уровень нервно-эмоционального напряжения и тревоги. В зависимости от

СОДЕРЖАНИЕ

Социальная и клиническая арт-терапия — две грани единого целого. (<i>Вместо предисловия</i>)	5
---	---

Часть первая. КЛИНИЧЕСКАЯ АРТ-ТЕРАПИЯ

Назарова Н.Р.

Изучение возможностей арт-терапии в развитии эмоционального интеллекта при психических расстройствах.....	20
--	----

Копытин А.И., Лебедев А.И.

Клиническая системная арт-терапия с ветеранами войн, проходящими лечение в психотерапевтическом отделении	39
--	----

Копытин А.И., Лебедев А.И.

Юмор в рисунках ветеранов войн в ходе клинической системной арт-терапии	64
--	----

Копытин А.И., Лебедев А.И.

Использование средового подхода в процессе клинической системной арт-терапии с ветеранами войн.....	89
--	----

Берегулина Л.Н.

Применение клинической системной арт-терапии в отделениях принудительного лечения специализированного типа психиатрической больницы	111
---	-----

Берегулина Л.Н.

Исследование внутренней картины психического заболевания средствами арт-терапии	135
--	-----

Запорожченко Д.С.

Формирование активной личностной позиции в ситуации болезни средствами арт-психотерапии у пациентов с депрессивным расстройством	146
--	-----

Берегулина Л.Н.

Применение арт-терапии с геронтологическими больными, страдающими деменцией.....	161
---	-----

Либманн М.

Арт-терапевтическая группа для коррекции агрессивного поведения у психиатрических пациентов	181
--	-----

Часть вторая. СОЦИАЛЬНАЯ АРТ-ТЕРАПИЯ

Копытин А.И.

Социальные и клинические аспекты художественного
ателье как формы арт-терапевтической практики 198

Томпсон Дж.

Галерейная модель арт-терапии: развитие
художественной чувствительности пациентов 214

Дворникова А.В.

Применение арт-терапии с ЛГБТ-клиентами 228

Хает Л.Г., Копытин А.И.

Использование изобразительных средств
и арт-терапии в интернет-консультировании мигрантов 263

Богачёв О.В., Копытин А.И.

Системная арт-терапия психических и поведенческих
расстройств вследствие употребления психоактивных веществ 280

Диксон К.

Применение арт-терапии в программе
стационарного лечения наркозависимых 309

Робертс С., Камик П., Спринэм Н.

Новая роль для художественных галерей:
восприятие произведений изобразительного искусства
как общинная интервенция для родственников,
осуществляющих уход за психически больными 324

Бронвин Л.Г.

Проект «Матрешка»: посредничество
между маргинальным и широким сообществом
с использованием публичного искусства 345

Газек Д.

Арт-терапия в системе американских тюрем 361

Каплан Ф.

Изобразительное искусство
как средство разрешения конфликтов 380

Сведения об авторах 396

Клиническая и социальная арт-терапия

Под общей редакцией А. И. Копытина

На обложке использованы иллюстрации:
tannjuska.ru.depositphotos.com

Используется по лицензии от ru.depositphotos.com

Выпускающий редактор *М. Маряшина*
Корректоры *Е. Полукеева, О. Шепитько*
Компьютерная верстка *С. Новиков*

Подписано в печать 11.09.2019. Формат 60×90/16
Печ. л. 25. Тираж 1000 экз. Заказ

«Издательский дом „Городец“»
105082, г. Москва, Переведеновский пер., д. 17, к. 1
www.gorodets.ru, e-mail: info@gorodets.ru
тел.: +7 (985) 8000 366

Отпечатано в АО
«Первая Образцовая типография».
Филиал «Чеховский Печатный Двор».
142300, Московская область, г. Чехов, ул. Полиграфистов, д. 1
www.chpd.ru, тел. +7(499)270–7359

«Клиническая и социальная арт-терапия» отражает расширение спектра разных форм и областей использования арт-терапии в отечественной и зарубежной лечебно-профилактической и реабилитационной практике. Представлены новые подходы в арт-терапевтической работе, поддерживаемые развитием биопсихосоциальной парадигмы современной медицины и отражающие изменение социальных и культурных условий. Представлены основные значимые тенденции совершенствования арт-терапевтической помощи, ее форм и методов. Социальное и клиническое направления в современной арт-терапии как наиболее динамично развивающиеся и дополняющие друг друга грани целостного явления подкреплены и проиллюстрированы статьями опытных практиков и известных экспертов.

Издание восполняет дефицит методической информации, касающейся некоторых перспективных и актуальных направлений и форм арт-терапевтической работы, таких как: оказание помощи социально незащищенным группам населения, дисфункциональным семьям и сообществам, беженцам и мигрантам, пожилым и престарелым людям, ветеранам войн, правонарушителям, пациентам с психическими расстройствами и аддикциями и др.

Книга адресована врачам, психологам, психотерапевтам и другим помогающим специалистам, в особенности тем, кто владеет методами арт-терапии.

www.gorodets.ru

ISBN: 978-5-907085-38-1



9 785907 085381



СОЮЗ ОХРАНЫ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ