

Арт-терапия в системе психологической помощи учителям с дефицитом здоровья

Людмила ЛЕБЕДЕВА, кандидат педагогических наук, доцент, старший научный сотрудник Ульяновского государственного педагогического университета

Тема, затрагиваемая в статье Людмилы Лебедевой, относится к разряду деликатных. О ней пишут в специализированных изданиях — как правило, медицинских. Широкая педагогическая общественность эту тему не то чтобы игнорирует, но стыдливо о ней умалчивает. А она просится на страницы, так как приобрела социально значимые масштабы. Речь идёт о проблеме тяжёлых заболеваний у учителей. Автор из Ульяновска предлагает свой вариант помощи — прислушаемся к ней.

В научной литературе немало публикаций о специфических особенностях профессии учителя. Учёными выявлены и описаны такие эффекты, как педагогическая усталость, синдром сгорания и др.

Актуальной, социально значимой и при этом, несомненно, деликатной остаётся проблема зависимости: здоровье учителя — эффективность его профессиональной деятельности — психологическое самочувствие учащихся. Согласно ряду исследований, опубликованных в том числе и на страницах журнала «Народное образование», забота общества о здоровье педагога будет способствовать укреплению психического здоровья его учеников.

По оценке специалистов, до 79% работников образовательных учреждений имеют заболевания различной тяжести (1).

В нашем исследовании согласились принять участие учителя, имеющие хронические отклонения здоровья, и среди них 9 человек в возрасте от 29 до 46 лет с морфологически подтверждённым диагнозом рака молочной железы (3).

По данным статистики, это наиболее часто встречающееся злокачественное заболевание женского населения. (В 1997 году в России зарегистрировано более 40 тысяч пациенток.) Среди заболевших в репродуктивном возрасте особенно высок процент работников образования. Например, в Ульяновской области в 1999—2000 гг. их число составило 17%. Среди основных причин медики называют длительные изменения нервно-психического статуса организма: постоянные стрессы, неврозы, депрессии и др. Иными словами, состояние эмоционально-психической сферы может обусловить патологический процесс в организме человека. Поэтому, по мнению учёных, разработка системы профилактических и реабилитационных мероприятий с целью восстановления статуса личности — не только морально-этическая, но и государственная задача.

В последние годы в нашей стране создаются различные центры, клубы, благотворительные организации. С 1990 года существует «Московское общество помощи онкологическим больным и лицам группы риска». Разработана национальная программа ежегодного скрининга женщин с целью ранней диагностики заболевания.

Согласно многочисленным зарубежным и отечественным исследованиям, на процесс выздоровления заметно влияет психологическое состояние человека, его жизненный потенциал, мироощущение, активность в профессиональной и общественной деятельности. По данным различных авторов, лишь небольшому проценту (до 30%) пациенток удаётся самостоятельно выработать адекватную психологическую защиту и более или менее успешно справиться с эмоциональными трудностями. Большинство онкобольных женщин нуждаются в специальной психотерапевтической помощи. Им особенно важно чувствовать себя защищёнными, признанными, быть востребованными в профессиональном плане, принадлежать общности, иметь возможности самореализации. Иными словами, процесс реадaptации учителя к профессиональной деятельности после тяжёлой болезни во многом зависит от того, окажут ли руководители школы и педагогический коллектив необходимую

поддержку. Речь идёт о прямой помощи в стрессовых ситуациях, а также системе специально организованных реабилитационных мероприятий.

В исследовании обозначенной проблемы мы изучали возможности арт-терапии, поскольку именно она «обладает удивительным свойством внутренней поддержки и восстановления целостности человека» (2, с. 48).

Согласно В.Беккеру-Глошу, назначение арт-терапии не в том, чтобы выявлять психические недостатки или нарушения. Напротив, она обращена к сильным сторонам личности (2). В данном контексте интересна позиция Ф.Ницше. Для него здоровье означало не свободу от болезни, а способность человека с ней справиться. И именно эта способность актуализируется в процессе изобразительного творчества.

Особенности арт-терапии определили логику исследования, ориентированного на понятие «здоровье». Как известно, многие другие психотерапевтические направления центрированы на понятии «болезнь». Их назначение в том, чтобы подготовить самого больного и родственников к достойному принятию заболевания, его течения и исхода, к уменьшению стресса от возможной предстоящей потери близкого человека.

Организованное нами исследование было нацелено на такое восстановление психического состояния организма, которое позволило бы вернуться к нормальному образу жизни, чувствовать себя при этом полноценной личностью и профессионально пригодным специалистом.

Впервые термин «арт-терапия» (буквально — терапия искусством) был введён А.Хиллом (1938) при описании собственной работы в качестве арт-педагога с туберкулёзными больными. Дальнейшее становление и развитие этого психотерапевтического направления связано с именами К.Юнга, Д.Винникотта, М.Наумберга, Э.Крамера и др. (6; 7). Арт-терапия возникла на стыке науки и искусства и объединила достижения не только разных направлений психотерапии, но и педагогики, культурологии, социологии. Поэтому некоторые специалисты рассматривают это направление как разновидность творческой деятельности со значительным «лечебным» эффектом. Неклиническое определение, согласно А.И. Копытину, рассматривает арт-терапию как инструмент прогрессивной педагогики, развития потенциала психического здоровья и формирования полноценной творческой личности (4).

Теоретическое обоснование терапии с помощью искусства основано на понятиях экспрессии, коммуникации, символизации, с действием которых и связано художественное творчество (2; 4; 5; 7). Многие авторы отмечают также необходимость более глубоко осмысливать понятия бессознательного, символического образа, переноса, контрпереноса в теории и практике арт-терапевтического процесса. Ещё К.Юнг рассматривал символический язык изобразительного искусства в качестве наиболее адекватного для выражения содержаний личного и коллективного бессознательного, гораздо более точный и ёмкий, чем слова.

Основа арт-терапевтических занятий — изобразительное творчество с опорой на визуальный канал коммуникации. Кроме того, в процессе работы могут также использоваться музыка и пение, движение и танец, драма, поэзия, сочинение историй и т.д. Такие формы с одновременным сочетанием различных способов творческого самовыражения принято называть мультимедийными. Они в некоторой степени сходны с традиционными формами воспитательной работы, поэтому не вызывают сопротивления учителей, легко и с интересом осваиваются. Даже те из них, кто испытывал смущение («что коллеги подумают?») и отказывался от участия в других психотерапевтических программах, с удовольствием занимались в арт-терапевтической группе. Поскольку терапия искусством эффективна в работе с детьми, учителя расценивали своё участие в арт-терапевтическом процессе как дополнительную возможность для повышения профессиональной квалификации, личностного роста.

Первоначально для девяти онкобольных учителей был организован трёхмесячный цикл арт-терапевтических занятий.

В качестве показателей основных свойств личности нами исследовались экстраверсия-интроверсия и нейротизм (по опроснику Г.Айзенка).

Нейротизм (как эмоциональная неустойчивость, напряжённость, эмоциональная возбудимость, депрессивность) в той или иной мере проявился у 77,7% онкобольных и у 60,2% учителей с другими хроническими заболеваниями.

Тревожность, как известно, во многом обуславливает поведение. Поэтому нами отслеживалось изменение этого важного личностного свойства и состояния (по опроснику Ч.Д. Спилбергера, адаптированного Ю.Л. Ханиным) на протяжении всего реабилитационного периода.

Чтобы определить эффективность арт-терапии, оценивались такие психические состояния, как психическая активация, интерес, эмоциональный тонус, напряжение и комфортность. Определялись самочувствие, активность, настроение. («Тест дифференциальной самооценки функционального состояния», методики Н.А. Курганского и др.; В.А. Доскина, Н.А. Лаврентьевой, М.П. Мирошникова и др.). Использованы также цветовой тест М.Люшера; метод качественно-количественной оценки показателей психических состояний; оценка нервно-психического напряжения, астении, сниженного настроения; самооценка эмоциональных состояний по А.Уэсману, Д.Риксу.

В результате было установлено, что все измеряемые показатели в экспериментальной группе заметно отклонялись от условной нормы. Например, зафиксированные у онкобольных показатели тревожности — от 48 до 74 баллов. Причём если в период обследования у большинства преобладала ситуативная (реактивная) тревожность, то в послеоперационном периоде значительно возросли показатели личностной тревожности. Среди факторов, усугубляющих тревожное, а зачастую и депрессивное состояние, наиболее значимыми оказались: угроза для жизни, неблагоприятная семейная ситуация, семейный статус, молодой возраст женщины, страх перед возможным распадом семьи, неуверенность в будущем, ограниченные физические возможности, ответственность за своих детей, материальные условия жизни, отношения в коллективе и др.

На арт-терапевтических занятиях особенно ярко проявился страх перед возможной социальной изоляцией в связи с потерей трудоспособности и предстоящим оформлением инвалидности.

Мы предлагаем описание варианта групповой тематически ориентированной арт-терапии. Основная часть в структуре занятия — спонтанный рисунок (живопись). Используются механизмы невербального самовыражения и визуальной коммуникации. Другая часть занятия формально более структурирована. Она предполагает вербальную интерпретацию нарисованных объектов и возникших ассоциаций.

В зарубежной литературе каждую встречу арт-терапевта с одним или группой клиентов принято называть сессией. Поскольку в русском языке это слово имеет иное, устоявшееся значение, мы используем термин «занятие». Хотя и оно не точно отображает смысл арт-терапевтической работы, поскольку привносит в содержание понятия дидактический оттенок.

Ниже приводится обобщённый вариант методики с определённой последовательностью этапов, который может быть легко адаптирован для работы и со взрослыми, и с детьми. Чётко выраженная структура, заданность содержания каждого элемента и темы в целом придают арт-терапевтическому занятию некоторую директивность. Однако по стилю психотерапевтических отношений, эмоциональной атмосфере арт-терапевтическая работа демократична, личностно-ориентирована и подлинно гуманна.

Общие замечания

Группа до 15 человек. Арт-терапевтическое пространство представляет собой круг из стульев и включает персональные рабочие места для индивидуального творчества, а также свободную от мебели часть помещения, в которой можно легко перемещаться, танцевать.

Материалы

Карандаши, фломастеры, восковые мелки, пастель, соус, сангина, художественный уголь, краски, гуашь. Необходимы кисти разных размеров, палитра, баночки с водой, губка. Потребуется бумага разных форматов, разных цветов и оттенков, различной плотности и текстуры, картон, фольга, клей, скотч, ножницы, нитки, верёвки. Для коллажей понадобятся старые журналы, репродукции, фотографии. На некоторых занятиях могут использоваться ткани, глина, пластилин, специальное тесто, песок с миниатюрными фигурками, дерево, природный и иные материалы для создания объёмных композиций.

Структура занятия. Основные процедуры

Этапы названы нами условно. На разных занятиях их количество может варьировать в зависимости от цели, темы, темпа работы и т.д.

1-й этап. Настрой («разогрев»).

2-й этап. Актуализация визуальных, аудиальных, кинестетических ощущений. Поиск образа посредством движений под музыку.

3-й этап. Индивидуальная изобразительная работа (разработка темы).

4-й этап. Этап вербализации (активизация коммуникации).

5-й этап. Коллективная работа (театрализация. Ритуальная драматизация).

6-й этап. Заключительный. Рефлексивный анализ.

Задача первого этапа занятия состоит в том, чтобы подготовить участников к спонтанной художественной деятельности и внутригрупповой коммуникации. Для этого используются различные игры, двигательные и танцевальные упражнения, несложные изобразительные приёмы. Например, различные варианты техники «каракули» (по Д. Винникотту), техника «закрытых глаз» (по М. Ричардсон), «автографы» и другие, чтобы снизить контроль со стороны сознания.

На втором этапе каждого занятия мы использовали элементы музыкальной и танцевальной терапии в сочетании с рисунком. Музыка как терапевтическое средство регулирует настроение, улучшает самочувствие, стимулирует волю к выздоровлению, помогает человеку активно участвовать в лечебном процессе.

Третий этап занятия предполагает индивидуальное творчество для исследования собственных проблем и переживаний. Принято считать, что все виды подсознательных процессов, в том числе страхи, сновидения, внутренние конфликты, ранние детские воспоминания, отражаются в изобразительной продукции при спонтанном творчестве. Более того, занятия визуальным искусством, по мнению британского арт-терапевта С. Скейфи, способствуют раскрытию внутренних сил человека.

Таким образом, человек невербальным языком сообщает о своих проблемах и чувствах, учится понимать и анализировать свои эмоции, сознательно вызывать, управлять и в определённой степени их контролировать.

Несомненно, участники различаются степенью готовности к экспрессии, контакту с арт-терапевтом, к открытости в вербализации своих переживаний. Некоторые учителя воспринимают изобразительную деятельность как создание реалистичных, красивых рисунков. Поэтому необходимо объяснить участникам занятия, что их работы не будут оцениваться. Важна не эстетическая сторона «художественного произведения», а сам процесс его создания, эмоциональное состояние «рисовальщика», его внутренний мир, поиск адекватных средств самовыражения.

Этот этап занятия располагает к косвенной диагностике. Так, некоторые дополнительные сведения об авторе можно получить при интерпретации рисунков в соответствии с устоявшимися критериями известных проективных методик. Однако следует избегать прямолинейных аналогий и поспешных выводов. Например, предпочтение, отданное тому или иному художественному материалу, может зависеть от состояния личности «здесь и теперь», отражать потребность в маскировке травматических переживаний, желание контролировать эмоции и др. Обычно на первых занятиях участники стремятся работать са-

мыми привычными и знакомыми средствами. И только по мере преодоления психологической защиты начинают экспериментировать, становятся более экспрессивными и расположенными к творческой деятельности.

Согласно данным нашего исследования, взрослые с высокой личностной или ситуативной тревожностью чаще всего сначала рисуют простым карандашом, многократно исправляя изображение, а только затем раскрашивают его. Сказанное подтверждает известный факт, что работа карандашами, фломастерами, восковыми мелками, по сравнению с гуашью и красками, легче поддается сознательному контролю.

В работе с онкобольными целесообразно наряду с красками и гуашью использовать различные пластичные материалы (глину, пластилин, тесто и др.), так как они в наибольшей степени подходят для выражения сильных переживаний, агрессивных чувств, страхов.

На самых первых занятиях целесообразна техника коллажа. Это особенно важно для тех участников, кто испытывает неуверенность, ситуативную тревожность, связанную с низкой самооценкой способностей к рисованию.

Задача четвёртого этапа занятия — создание условий для внутригрупповой коммуникации. Считается, что вербализация внутренних переживаний помогает облегчить и в какой-то мере освободиться от них. Поэтому каждому участнику предлагается показать свою работу и рассказать о тех мыслях, чувствах, ассоциациях, которые возникли у него в процессе изобразительной деятельности. Степень открытости и откровенности самопрезентации зависит от уровня доверия к группе, арт-терапевту, личных особенностей человека и определяется им самим. Если человек по каким-то причинам отказывается участвовать в этой форме работы, не следует настаивать.

Пятый этап — коллективная работа в малых группах. Участники придумывают сюжеты и разыгрывают небольшие спектакли. По мнению специалистов, ритуальный характер действий участников группы повышает самоисцеляющие возможности спонтанного творчества (5–7).

Заключительный этап предполагает рефлексивный анализ работы в безопасной обстановке группы. Здесь обычно присутствуют элементы спонтанной «взаимотерапии» «психологического поглаживания» посредством доброжелательных высказываний, положительного программирования, поддержки. Атмосфера эмоциональной теплоты, эмпатии, заботы, складывающаяся на занятиях, позволяет каждой участнице арт-терапии пережить ситуацию успеха в той или иной деятельности. В итоге приобретает положительный опыт самоуважения и самопринятия, укрепляется чувство собственного достоинства. Постепенно корректируется образ «Я», деформация которого могла быть вызвана психотравмирующим характером заболевания.

Как правило, в тематически ориентированных структурированных группах тема занятия задаётся арт-терапевтом. Однако в определённых ситуациях она может выбираться в процессе коллективного обсуждения. Например, участницы нашего исследования выбрали для разработки темы: «Автопортрет», «Каким меня видят другие», «Каким я вижу себя», «Будущее», «Я и моя проблема», «Сокровенное желание», «Добро и зло», «Судьба».

Заметим, что в рисунках онкобольных нами зафиксированы две противоположные тенденции: сознательное ухудшение внешнего облика своей персоны или, наоборот, «расцветивание», излишнее украшательство, избыток бутафорских деталей. Как правило, присутствуют символы, так или иначе связанные с ритуалом похорон. Некоторые общие признаки проявились и в автопортретах. Так, характерный поворот тела в профиль возможно интерпретировать как стремление к маскировке проблемы. Изображение спрятанных кистей рук, их искажение или полное отсутствие с большой долей вероятности сигнализирует о чувствах неадекватности, неуверенности в себе, беспомощности в сложившейся ситуации. Уменьшение возраста изображённого персонажа по сравнению с реальным возрастом «художника» объясняется самими участницами эксперимента как желание вернуть свой облик до болезни и операции. Высокую частоту встречаемости названных признаков, на наш взгляд, можно рассматривать как графический индикатор состояния.

Однако для проверки достоверности этого вывода, несомненно, необходима достаточная выборка рисунков.

Как показали результаты тестирования, наблюдения и личные беседы, после курса арт-терапии у каждой участницы экспериментального исследования усилилось ощущение собственной ценности, защищённости, возросла уверенность в возможном благоприятном исходе болезни. Об этом также свидетельствует изменившийся к концу занятий характер рисунков. Так, при разработке темы «Будущее» изображённые педагогами сюжеты были более оптимистичны и красочны, нежели на первых занятиях. Преобладающий лейтмотив — «всё будет хорошо».

В итоге 9 участниц экспериментального исследования вернулись к профессиональной деятельности, отказавшись от оформления инвалидности.

Понятно, что арт-терапия не вылечивает основного заболевания. Однако, по мнению участниц, занятия помогли им приспособиться к изменённой жизненной ситуации, выработать адекватное отношение к собственной личности и своему здоровью. Иллюстрацией к сказанному могут быть слова одной из учительниц: «На арт-терапевтических занятиях я научилась воспринимать потерю как данную мне свыше дополнительную возможность измениться самой и изменить свою жизнь. Поняла, если нельзя разрешить саму проблему, нужно изменить к ней отношение. Важно своевременно снять её с пьедестала».

Итак, подтвердились возможности арт-терапии в мобилизации психологических резервов, раскрытии внутренних сил больного человека, повышении адаптивного потенциала психики, выработке адекватных стратегий поведения. Всё это, несомненно, оказало положительное влияние на функциональное состояние организма и процесс выздоровления. Этот вывод основан не только на личных впечатлениях участниц исследования и полученных нами результатах, но также подтверждён объективными медицинскими показателями состояния здоровья учительниц.

Таким образом, арт-терапию можно рассматривать как действенное, реально значимое направление в системе психологической поддержки учителей с дефицитом здоровья.

В связи с тем, что в России пока нет официального статуса «арт-терапевт», эти функции руководитель образовательного учреждения может делегировать специалисту, освоившему эту эффективную методику.

Литература

1. *Астапов В., Еле П.* и др. Профессиональные страхи учителей // Народное образование. 2000. № 1. С. 128–140.
2. *Беккер-Глош В.* Арт-терапия в Аликсеанеровской психиатрической больнице Мюнстера // Исцеляющее искусство. 1999. № 1. С. 42–51.
3. *Иванов Л.Н., Музяков В.В., Лебедева Л.Д.* Сравнительная оценка и реабилитация психоэмоционального состояния больных раком молочной железы после радикального лечения в зависимости от объёма операций // Вопр. онкологии. 1998. № 4. С. 447–449.
4. *Копытин А.И.* Основы арт-терапии. СПб., 1999. 256 с.
5. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 1999. 752 с.
6. Практикум по арт-терапии / Под ред. А.И. Копытина. СПб., 2000. 444 с.
7. *Рудестам Р.* Групповая психотерапия. СПб., 1999. 384 с.