

The background of the cover is an abstract, expressive painting. It features thick, textured brushstrokes in a variety of colors, including bright orange, deep red, vibrant blue, and dark green. The colors are layered and blended, creating a sense of movement and depth. The overall effect is reminiscent of a child's artwork or a modern abstract painting.

КОГНИТИВНО- ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ АРТ-ТЕРАПИЯ

МАРСИЯ Л. РОСАЛ



МАРСИЯ А. РОСАЛ

КОГНИТИВНО- ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ АРТ-ТЕРАПИЯ



Ассоциация
когнитивно-поведенческой
психотерапии



Санкт-Петербург • Москва • Минск

2022

ББК 53.57
УДК 615.851
P74

Научный редактор: *Дмитрий Викторович Ковчак*,
врач-психотерапевт, к. м. и., доцент кафедры общей медицинской психологии
и педагогики СЗГМУ им. И. И. Мечникова, председатель
Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии

Росал Марсия Л.

P74 Когнитивно-поведенческая арт-терапия. — СПб.: Питер, 2022. —
320 с.: ил. — (Серия «Когнитивно-поведенческая психотерапия»).

ISBN 978-5-4461-1789-5

В этой уникальной книге соединены два, казалось бы, взаимоисключающих направления психотерапии: арт-терапия и когнитивно-поведенческая терапия. Их можно сравнить с трепетной ланью и конем, который везет основной груз. Цель этой книги — предложить всеобъемлющий обзор КПАТ для арт-терапевтов и других специалистов в области психического здоровья, которые хотят понять и самостоятельно оценить возможности арт-терапии в контексте рассмотрения ее как неотъемлемой части КПТ. Книга начинается с анализа исторических корней как когнитивно-поведенческой, так и арт-терапии, а также современных практик и моделей их реализации. Для более глубокого понимания этих направлений и их перспектив развития в книгу включены тематические блоки терапии с помощью искусства. Читатели познакомятся с историей работы с образами и воображением в психотерапии в целом и в когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) в частности.

16+ (В соответствии с Федеральным законом от 29 декабря 2010 г. № 436-ФЗ.)

ББК 53.57
УДК 615.851

Права на издание получены по соглашению с Routledge, подразделением Taylor & Francis Group LLC. Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав.

ISBN 978-1138208438 англ.
ISBN 978-5-4461-1789-5

© 2018 Taylor & Francis
© Перевод на русский язык
ООО «Прогресс книга», 2022
© Издание на русском языке, оформление
ООО «Прогресс книга», 2022
© Серия «Когнитивно-поведенческая
психотерапия», 2022

Оглавление

Аннотация.....	5
Предисловие к русскому изданию.....	7
Предисловие.....	9
Благодарности.....	12
Глава 1. Непростые взаимоотношения между когнитивно-поведенческой и арт-терапией.....	14
Краткий исторический обзор.....	14
Необходимость теоретического обоснования.....	18
КПТ и КПАТ.....	20
Когнитивные навыки, которые улучшает арт-терапия.....	23
Глава 2. Творческие, образные и эмоциональные аспекты когнитивно-поведенческой терапии.....	35
Ментальные образы.....	36
История образов в КПТ.....	46
Современное использование образов в КПТ.....	54
Эмоции как когниции.....	59
Заключение.....	67
Примечания.....	67
Глава 3. Творчество как когнитивно-конструктивистский процесс.....	68
Когнитивный конструктивизм.....	69
Художественное творчество как когнитивно-конструктивистский процесс.....	88
Заключение.....	96
Примечания.....	97
Глава 4. История КПТ.....	98
Когнитивная революция.....	98
Первая волна: поведенческая терапия.....	100
Вторая волна: когнитивно-поведенческая терапия.....	106
Заключение.....	121
Примечания.....	122
Глава 5. Исторические корни КПАТ.....	123
Пионеры КПАТ — арт-терапевты.....	123

КПАТ первой волны: формирование реальности	125
КПАТ второй волны: теория личностных конструктов и арт-терапии	127
Укрепление позиций КПАТ как легитимного подхода к арт-терапии	133
Другие примеры второй волны КПАТ	142
Заключение	149
Глава 6. Текущая практика КПАТ	150
Понимание конструктов и мыслей	152
Идентификация и оценка мыслей	154
Чувства и эмоции	159
Изменение схемы себя	172
Использование ментальных образов	179
Решение проблем	187
Копииг-стратегии (совладание с проблемой)	191
Адаптация и жизнестойкость	195
Заключение	197
Глава 7. Май идфулнесс как эволюция КПТ	200
Первоначальные исследования практик КПТ третьей волны	202
Создание общей картины буддийской психологии	203
Основные принципы буддизма для практикующих КПТ	209
Познание через призму буддизма	212
Заключение	223
Примечания	225
Глава 8. Варианты методов третьего поколения КПТ и КПАТ ...	226
Диалектическая поведенческая терапия (ДПТ, DBT)	227
Снижение стресса на основе майндфулнесс (MBSR)	238
Когнитивная терапия, основанная на майндфулнесс (МВСТ)	246
Терапия принятия и ответственности	252
Заключение	256
Примечания	259
Глава 9. Раскрытие КПАТ для практиков	260
Краткое изложение основных положений КПАТ	260
Практические стратегии КПАТ	269
Заключение	279
Приложение А	289
Приложение Б	292
Список литературы	294
Справочные данные	316

Аннотация

КОГНИТИВНО- ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ АРТ-ТЕРАПИЯ (КПАТ)

КПАТ представляет собой новое направление в психотерапии, разработанное на основе синтеза когнитивно-поведенческой терапии и арт-терапии. Появление данного направления требует исследовать теорию когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) в части ее соединения с арт-терапией и на основе этого представить доказательства целесообразности включения положений КПТ в лечение методами арт-терапии. Предлагаемое читателю издание содержит анализ исторических корней как когнитивно-поведенческой, так и когнитивно-поведенческой арт-терапии, а также современных практик и моделей их реализации. Для более глубокого понимания направлений исследования и их перспективы в книгу включены тематические исследования в области терапии с помощью искусства.

Марсия Л. Росал (PhD, ATR-BC, HLM) является бывшим деканом факультета художественного образования и директором программы арт-терапии в Университете штата Флорида. Она получила степень магистра в области арт-терапии в Университете Луисвилля и докторскую степень в области педагогической психологии в Университете Квинсленда. После четырнадцати лет преподавания в Университете Луисвилля (где в 1998 году получила награду за выдающиеся достижения в области образования) Марсия Л. Росал в 1999-м перешла в Университет штата Флорида в качестве профессора по программе арт-терапии. В течение 40 лет она была практикующим арт-терапевтом, получила ATR в 1979 году и была сертифицирована в 1995-м. Марсия Л. Росал специализировалась на преподавании и исследованиях в области арт-терапии, групповой арт-терапии и арт-терапии с детьми. Опубликовала многочисленные статьи и главы в различных книгах, а также отредактировала «Справочник художественной терапии Вайли» (2016). Читала

лекции в США, Австралии, Новой Зеландии, Великобритании, Тайване и Южной Корее. Марсия Л. Росал имеет звания «Выдающийся ученый» (Тайвань, 2008) и «Выдающийся специалист» (Латвия, 2014). Доктор Росал является почетным пожизненным членом и экс-президентом Американской ассоциации арт-терапии. Она работает в различных редакционных советах по арт-терапии, таких как «Искусство в психотерапии», «Клиническая арт-терапия» и в журнале «Искусство для жизни». Недавно она была удостоена звания почетного профессора Университета штата Флорида.

ПРЕДИСЛОВИЕ К РУССКОМУ ИЗДАНИЮ

Вы держите в руках первую переведенную на русский язык монографию, посвященную когнитивно-поведенческой арт-терапии (КПАТ). Эта книга Марсии Л. Росал уникальна и полезна отечественным психотерапевтам сразу по нескольким причинам. В данном издании представлен редкий в русскоязычной профессиональной литературе систематизированный обзор истории работы с образами и воображением в психотерапии в целом, и в когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) в частности знаковые тенденции настоящего времени и их перспективы. Автор апеллирует ко многим теоретическим и методологическим посылам, исследованиям, медицинским, психологическим и философским источникам, в том числе эпистемологии, теории конструктивизма, обращается к работам Ж. Пиаже, Л. С. Выготского, Дж. Брунера, а также современных авторитетных специалистов в области арт-терапии и КПТ. В книге представлен глубокий анализ когнитивных аспектов художественного творчества, обзор истории и развития КПТ от бихевиоризма, когнитивных школ, интегрированного когнитивно-поведенческого подхода до школ XXI века, весьма условно объединяемых и обозначаемых термином «третья волна» в когнитивно-поведенческой терапии (хотя стоит отметить, что уже и сам автор этого термина от него отказался). М. Л. Росал описала и специфику «третьей волны» в контексте осознанности, провела ее сравнение с буддизмом, наглядно показав когнитивные элементы буддийской психологии, принятия и медитации для объяснения того, как и почему теоретики и терапевты когнитивно-поведенческого направления стали использовать методы и технологии восточной философии, в частности буддизма, как часть своей практики.

Но, что самое ценное для практикующих специалистов, в монографии описываются методологические и технологические основания интегративного подхода когнитивно-поведенческой арт-терапии, расширяющего возможности и инструментарий как традиционной КПТ и десятков ее современных школ, так и арт-терапии.

Книга М. Л. Росал раскрывает специфику работы не только с детьми и подростками, но в целом с образами и эмоциями в когнитивно-пове-

денческом подходе и описывает возможности интеграции арт-терапии и КПТ. Я уверен, что книга будет интересна и полезна как для когнитивно-поведенческих терапевтов, которые смогут расширить свой инструментарий и тактику терапии новым качественным и творческим инструментарием, так и для каждого активного и ищущего креативного психотерапевта любого направления.

Большая благодарность Любови Ильиничне Нехаевой за самоотверженный труд по скрупулезному переводу и инициативу по изданию русскоязычного варианта этой книги, Алисе Игоревне Ковпак за помощь и поддержку в процессе реализации этого проекта, спасибо Марине Веанировне Земляных и Маргарите Хаджумаровне Изотовой за помощь в редактировании русского варианта текста и ценные экспертные замечания по его адаптации к отечественному научному языку описания.

Дмитрий Викторович Ковпак,

к. м. н., доцент кафедры психотерапии, медицинской психологии
и сексологии Северо-Западного государственного
медицинского университета им. И. И. Мечникова,
председатель Ассоциации когнитивно-поведенческой
психотерапии,
вице-президент Российской психотерапевтической ассоциации,
член координационного совета Санкт-Петербургского
психологического общества,
член исполнительного совета Международной Ассоциации
когнитивной психотерапии (IACP board member),
член международного консультативного комитета Института Бека
(Member of the Beck Institute International Advisory Committee),
официальный амбассадор города Санкт-Петербурга

ПРЕДИСЛОВИЕ

Когда много лет назад я начала изучать арт-терапию, то и подумать не могла, что в основном буду опираться в своей практике на когнитивно-поведенческую терапию. Мне казались очевидными психодинамические корни арт-терапии, поэтому первоначально я заинтересовалась подходом, которого придерживались Дональд Улин и другие специалисты, как и я, использующие в психотерапии искусство и творчество, тем более что мои интересы лежали в области работы с детьми и подростками. Гештальт-арт-терапия, разработанная Дженни Райн, также заинтересовала меня. Я применяла все эти подходы в своих первых клинических практиках — сначала в психиатрических учреждениях, а затем в школьных условиях. Я считала одинаково важной работу в обоих этих направлениях. В дальнейшем, исходя из своего многолетнего опыта, я часто повторяла моим студентам: если вы действительно хотите глубоко погрузиться в психопатологию и психотерапию, начните работу в психиатрической клинике. Для оттачивания терапевтических навыков это лучшая из известных мне «учебных лабораторий». Работа в школе тоже была чрезвычайно интересной, так как с самого начала стало ясно: когда вы проводите терапию с ребенком, вы одновременно работаете со всей семейной системой, а также с динамическими процессами и культурными особенностями класса и даже всей школы.

Таким образом, причина, по которой я решила получить докторскую степень, заключалась не в том, что я не ценила клиническую практику или не дорожила ею, — именно беспокойство по поводу недостатка знаний подтолкнуло меня продолжить образование.

При подаче документов в докторантуру меня попросили предоставить эссе о моих исследовательских интересах. Я написала, что меня интересует концепция локус контроля, разработанная социальным психологом Джулианом Роттером в 1954 году, так как, по моим наблюдениям, многим пациентам и студентам, с которыми я работала, их поведение (в части экстернальности или интернальности) навязал кто-то другой — родители, учителя, сверстники или социальная среда. Когда их спрашивали, как они сами хотели бы вести себя или каково их собственное мнение, они выглядели растерянными. Когда им задавали

вопрос, как они хотели бы изменить те ситуации, в которых находились, они замыкались в себе и их ответы были невнятными.

Теория локуса контроля (ТЛК) оценивает континуум человека в диапазоне от внутренней (интернальность) до внешней (экстернальность) ориентации ожиданий вознаграждения или подкрепления. Люди с внутренней ориентацией (низкий уровень локуса контроля) ощущают, что подкрепление происходит от их собственных действий или решений, а не от других людей или окружающей среды. Люди на внешнем конце линии непрерывного ожидания (высокий локус контроля) считают, что подкрепление приходит извне, то есть от других — родителей, учителей, сверстников и людей из окружающего их социума. В то время я не полностью понимала конструкты личности ТЛК, но была готова учиться. Все, что я знала на тот момент, было то, что четкая структура ТЛК оказала серьезное влияние на подростков с проблемным поведением, с которыми я работала. ●дин из аспектов ТЛК, о котором я тогда еще не знала, заключался в том, что ТЛК развился на базе теории когнитивной психологии.

По просьбе куратора по докторантуре первым шагом моих исследований стало тщательное изучение ЛК, в том числе рассмотрение его исторических и теоретических основ, а также поведенческих последствий индекса ЛК, особенно если он был либо слишком внешним, либо слишком внутренним. За этим последовало проведение метаанализа атрибутов ЛК детей и подростков с нарушениями поведения. Меня не удивило, что дети с расстройствами поведения, в том числе с СДВГ (синдром дефицита внимания и гиперактивности), имели значительно более внешнюю ориентацию ЛК, чем их сверстники без подобного диагноза. Затем я провела метаанализ наиболее эффективных терапевтических вмешательств, помогающих детям и подросткам с высоким индексом ЛК больше ориентироваться на свои внутренние ощущения. В списке наиболее эффективных вмешательств на первом месте оказалась когнитивно-поведенческая терапия (КПТ — СВТ). Это открытие привело меня к систематическому поиску способов включения методов КПТ в процессы арт-терапии.

Потребовалось много времени (по моим оценкам, не менее 30 лет), чтобы когнитивно-поведенческая арт-терапия (КПАТ — СВАТ) была признана сообществом арт-терапевтов. Сегодня многие арт-терапевты изучают КПТ, особенно КПТ третьей волны. Я даже сначала была удивлена, как много арт-терапевтов сделали шаг в сторону теории и практики КПТ после того, как около 10 лет тому назад в моду вошла третья волна КПТ. Но потом я поняла, что внимание арт-терапевтов привлекла

не КПТ сама по себе, а такие аспекты третьей волны, как осознанность и медитация, но при этом у многих осталось недопонимание глубинной структуры КПТ и КПАТ. Это создавало постоянные проблемы в их принятии и использовании.

Таким образом, стала очевидной необходимость написать книгу, которая охватила бы историю развития КПТ — от возникновения поведенческой психотерапии (или, иначе, бихевиоризма) через внедрение в нее когнитивной науки (то, что сейчас называется КПТ, или вторая волна) и, наконец, до начала использования в КПТ понятия осознанности (или того, что часто называют третьей волной КПТ).

Как автор я также поставила себе задачу развеять некоторые мифы о КПТ, которые постоянно вредят ее репутации. Я собиралась начать книгу с описания ошибочных взглядов на КПТ, которые, к сожалению, достаточно распространены и часто мешают терапевтам (да, даже арт-терапевтам) включать КПТ в свою практику. Пока я работала над тем, чтобы развеять эти распространенные заблуждения, Маргарита Тартаковская описала мифы в своем блоге. Она сформулировала сложившиеся предвзятые взгляды следующим образом: 1) КПТ — это жесткий, универсальный подход; 2) КПТ — это просто замещение негативных мыслей позитивными; 3) КПТ не верит в бессознательное; 4) КПТ игнорирует эмоции; 5) КПТ не касается прошлого клиента или его детства (Тартаковская, 2017). Эти пять мифов, являясь ошибочными, стали камнем преткновения между арт-терапевтами и когнитивно-поведенческой терапией. Психотерапевты других школ, в том числе тех, где также используется вербальное воздействие на клиента, очень часто отрекциваются от КПТ из-за подобных поверхностных суждений. В то же время Тартаковская обеспокоена и противоположным обстоятельством: многие терапевты, регулярно применяющие в своей практике КПТ, не до конца осознают, что использование художественного творчества как невербального инструмента арт-терапии позволит как можно полнее учесть специфические нужды каждого клиента.

В этой книге я попыталась собрать достаточное количество аргументов для разоблачения мифов о КПАТ и сделать всесторонний анализ этого направления, что поможет читателю осознать важность консолидации КПТ и арт-терапии. Я искренне надеюсь, что КПАТ принесет пользу как арт-терапевтам, так и другим специалистам, заинтересованным в использовании образов и творчества в процессе работы по протоколам КПТ.

Марсия Л. Росал

БЛАГОДАРНОСТИ

Хотя эта книга выходит от имени одного автора, я не смогла бы завершить ее без помощи моих друзей, мудрых наставников и щедрых коллег. Многих людей хочется поблагодарить за поддержку и веру в мои идеи.

Во-первых, я хотела бы поблагодарить четырех человек, которых попросила оставить отзыв о различных главах этой книги. Доктор Дебора Элкис-Абухофф рецензировала две главы, посвященные ранним концепциям когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) и когнитивно-поведенческой арт-терапии (КПАТ). Точностью своей мысли, зорким глазом, положительной обратной связью она вдохновила меня продолжить работу над этой книгой.

Доктор Дэвид Кассак взял на себя задачу проштудировать две главы, в которых излагаются философские и теоретические положения КПТ и КПАТ. По моему мнению, эти главы были необходимы, чтобы обеспечить фундаментальную основу для идей, лежащих в основе КПТ и КПАТ. Он предложил свое видение того, как изложить эти главы для арт-терапевтов.

Доктор Патрисия Айсис, основываясь на своем обширном клиническом опыте, изучила две главы, связанные с включением осознанности в КПТ третьей волны и КПАТ. Ее понимание этого направления значительно улучшило структуру этих глав.

Доктор Александрия Цеттлер прочитала первую главу и убедила меня, что она нуждается в дополнительном аргументировании моей собственной позиции. Она также предложила примеры из своей практики для иллюстрации различных вмешательств КПАТ, описанных в шестой главе. К тому же Доктор Эми Бакос разрешила мне использовать материалы своей презентации, которую она представила на ежегодной конференции Американской ассоциации арт-терапии 2016 года, а доктор Патрисия Айсис и доктор Кэтлин Декер предложили примеры художественных работ из личных коллекций.

Есть и другие люди, которых я хотела бы поблагодарить за многолетнее наставничество и поддержку. Моя академическая карьера началась во время прохождения программы экспрессивной терапии Университета Луисвилля. Мне повезло, что на протяжении почти

всех четырнадцати лет работы меня поддерживала блестящий ученый доктор Вия Лусбринк, которая твердо верила в меня и мои идеи. Хотя ее работа над континуумом экспрессивной терапии не является темой этой книги, она оказала влияние буквально на каждую страницу моей работы. Другой влиятельный наставник, доктор Фрэнсис Андерсон, была одной из первых специалистов по арт-терапии. Она обратилась ко мне с просьбой написать главу для ее книги «Искусство для всех детей» (второе издание), что для меня было большой честью. К сожалению, в книгу вошел не весь написанный мною материал. Позже она опубликовала всю мою работу полностью в виде главы в ее монографии и перевела ее на испанский и китайский (мандарин). Похожая ситуация сложилась с доктором Джудит Рубин, которая предложила мне написать главу для второго и третьего изданий ее книги «Подходы к арт-терапии: теория и техника».

До начала моей карьеры в качестве преподавателя искусства я приступила в начале 1980-х годов к докторской программе в Университете Квинсленда в Австралии. Моим исследовательским интересам отвечала арт-терапия с детьми и подростками с поведенческими расстройствами, и мне повезло работать под началом двух исключительных кураторов. Доктор Джон Элкинс, специалист по специальному образованию, и доктор Мартин Ричи, профессор консультативной психологии, научили меня важности эмпирического мышления и тщательно продуманных экспериментов. Они категорически не разрешали бездоказательно называть что-либо эффективным, если для подтверждения провозглашаемых идей не проводились исчерпывающие валидные исследования. Если бы я не следовала их советам и не придерживалась их требований, то не смогла бы утверждать, что поведенческий подход и когнитивно-поведенческая терапия наиболее эффективны на сегодняшний день, и в итоге не смогла бы реализовать поставленную перед собой задачу найти наилучший терапевтический подход к лечению расстройств поведения. Именно такой вывод привел меня на путь интеграции арт-терапии и КПТ.

В заключение я хочу поблагодарить Университет штата Флорида за предоставленную мне возможность преподавать в государственном учебном заведении Research I и разработать там выпускную программу арт-терапии. Каждый день мне напоминали, что от меня ожидают академической строгости и профессионального преподавания. Общаясь с коллегами и студентами в течение 18 лет, я имела прекрасную возможность извлекать пользу из наших споров, чтобы оттачивать свое мышление. Моя работа стала намного богаче благодаря их энтузиазму.

Глава 1

НЕПРОСТЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЕЖДУ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ И АРТ-ТЕРАПИЕЙ

Подлинное произведение искусства требует организации, которая включает в себя многие, а возможно, даже все когнитивные операции, известные из теорий мышления.

Р. Арнхейм, 1969

КРАТКИЙ ИСТОРИЧЕСКИЙ ОБЗОР

Для арт-терапевтов пришло время принять один из наиболее исследованных и наиболее эффективных подходов к терапии. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ, СВТ) — это не только хорошо продуманный метод лечения, но также эффективный и жизнеспособный подход к арт-терапии. Долговечность КПТ обусловлена стремлением тщательно исследовать каждую ее технику. Любые стратегии, которые не приводят к положительным терапевтическим изменениям, исключаются из протоколов КПТ. Согласно Херберту и Форману (2011), «сотни исследований проводились для проверки различных когнитивно-поведенческих теорий психопатологии и еще сотни оценивали эффективность терапевтических вмешательств на основе когнитивно-поведенческой терапии. Эта научная литература поставила СВТ в уникальное положение и позволила доминировать в области психотерапии» (с. 3).

То же самое относится и к когнитивно-поведенческой арт-терапии (КПАТ, СВАТ) (1). В ряде исследований в области арт-терапии изучался успех КПАТ, и, согласно Андерсон (2001), «доказательства, подтверждающие эффективность КПАТ, весьма убедительные» (с. 254). Однако следует отметить, что, несмотря на положительные результаты исследований и научную доказанность эффективности такого терапевтического подхода, некоторые арт-терапевты все еще опасаются использовать КПАТ.

Цель этой книги – предложить всеобъемлющий обзор КПАТ для арт-терапевтов и других специалистов в области психического здоровья, которые хотят понять и самостоятельно оценить возможности арт-терапии в контексте рассмотрения ее как неотъемлемой части КПТ. Это будет достигнуто путем предоставления философских и теоретических выкладок на всех этапах эволюции КПТ и КПАТ.

В развитии КПТ и КПАТ выделяют три этапа (или волны). На протяжении всей книги каждая волна описывается с учетом интересов практикующих психотерапевтов; конкретные практики КПАТ будут проиллюстрированы с помощью рисунков, сделанных клиентами во время сессий.

Зарождение КПТ и КПАТ начинается с появления бихевиоризма (того, что сейчас считается первой волной КПТ). Основой первой волны послужила главенствующая в начале XX века теория поведения (классическое обусловливание по И. П. Павлову) и, соответственно, поведенческая (бихевиоральная) терапия. В дальнейшем проблемное поведение было наиболее подходящим объектом для изучения многими специалистами. Альберт Эллис (1962) и другие убежденные бихевиористы, такие как Скиннер (1953, 1971) и Уотсон (1913, 1924), для обоснования своих идей использовали философию стоицизма.

Стоицизм, возникший в третьем веке нашей эры, рассматривал эмоции как явления, которые требовалось укротить. В стоицизме эмоции не игнорируются, а скорее нуждаются в выявлении. Стоики вырабатывали такие принципы жизни, которые смягчали эмоциональные реакции на сложные ситуации (Russell, 1945). Бихевиористы приняли на вооружение принципы стоицизма и разработали методы, которые давали клиентам возможность при проявлениях дисфункционального поведения находить менее реактивные, более адаптивные и в целом более рациональные образы действий, что помогало предотвращать подобное поведение.

То, что сейчас называется второй волной КПТ и КПАТ, началось с появления новой науки о познании – консолидации когнитивной

науки и бихевиоризма. Новый этап бихевиоризма начался с Альберта Бандуры (1969) и связан с развитием его теории социального научения, которая постулировала, что поведение человека определяется когнитивными процессами, а не регулируется исключительно окружающей средой, как считалось ранее. Аарон Бек (1976), Дональд Мейхенбаум (1974) и другие психологи использовали новое понимание познания для разработки ранних терапевтических механизмов КПТ.

Интеграция буддийской психологии осознанности майндфулнесса, практик осознанности и медитативных практик в систему КПТ называется третьей волной или третьим поколением в эволюции КПТ. Включение элементов буддизма в КПТ началось с Джона Кабат-Зинна (1982), который создал успешную программу медитации для людей, страдающих хронической болью. Целью этой программы было не только снижение количества и воздействия обезболивающих препаратов, но и помощь пациентам в восстановлении прежнего образа жизни. Вскоре идеи Кабат-Зинна были скрупулезно изучены когнитивно-поведенческими психологами и перенесены на лечение рецидивирующей депрессии, пограничных расстройств личности и других диагностических групп, в том числе для пациентов с самоповреждениями. Третья волна КПТ привлекла арт-терапевтов больше, чем первые две эволюционные волны. Сегодня арт-терапевты достаточно часто используют осознанность и медитативные практики как неотъемлемую часть своих сессий.

Некоторые предпосылки для арт-терапии

Арт-терапия является одним из нескольких эмпирических методов лечения. Это направление в психотерапии и психокоррекции, основанное на привлечении в терапию искусства и творчества (используются живопись, драма, музыка, скульптура, поэзия, психодрама, библиотерапия, танцы и др.), также могут использоваться рекреационные методы, включающие общение с живой средой, в том числе животным миром. Эмпирические процедуры вовлекают клиента в творческую деятельность, которая воплощает терапевтическую ценность.

Во время арт-терапевтической сессии клиентам предлагается взаимодействовать с художественными материалами и подручными предметами (прикосновения, обоняние, манипулирование ими). Терапевтическая ценность использования самых разнообразных материалов многократно

исследовалась арт-терапевтами. Имеется достаточно книг и журнальных статей, которые описывают процедуру исследования методов арт-терапии при лечении множества диагностических групп.

Понимание возможностей терапевтического применения доступных для арт-терапевтов художественных материалов исследовалось через континуум экспрессивной терапии (Kagin & Lusebrink, 1978; Lusebrink, 1990, 2016; Hinz, 2009, 2016). С. Мун (2010) провел библиографическое исследование как традиционных, так и современных литературных источников. Выбор клиентом вида арт-материала впервые был изучен Крамером (1971) — он обнаружил, что создание продукта из разнообразных художественных материалов может расширить возможности терапии и привести к лучшему пониманию клиентом самого себя и прояснения его самобытности.

Работа с арт-материалами может помочь осознать себя частью окружающей среды. Согласно Лоренцо де ла Пена (2016), «люди естественным образом поворачиваются к своей среде, переводя эмоциональный опыт в конкретную форму» (с. 146).

Осознание состояния своего тела также можно развить с помощью взаимодействия с арт-материалами (L. Wilson, 1977, Anderson, 1992). Понимание того, в каком конкретно месте находится тело — один из возможных результатов арт-терапии. Пространственное трехмерное осознание — другой (Packard, 1977). Улин (1972) и Сильвер (1987) считали, что благодаря взаимодействию с арт-материалами можно улучшить и развить когнитивные способности. Совсем недавно появились данные о том, что арт-терапия способна решать неврологические проблемы и улучшать функции мозга (Charman, 2014; King, 2016).

Арт-терапевт должен побуждать клиента использовать арт-материалы в качестве средства самоисследования и самовыражения для его продвижения к исцелению. Психотерапевту, не являющемуся арт-терапевтом, первоначально может показаться, что проводить арт-терапию просто — достаточно предоставить клиенту набор арт-материалов и выделить время и пространство для взаимодействия с ними. Но это не так. Хотя занятие творчеством само по себе имеет преимущества, практика арт-терапии включает в себя больше, чем просто предоставление материалов, пространства и времени. В дополнение к глубокому пониманию терапевтических свойств художественных коммуникаций арт-терапевты также разбираются в тончайших аспектах творчества и той силы, которая присуща творческой среде и творческому процессу (Lusebrink, 1990). Например, несколько арт-терапевтов обнаружили, что участие в акте творчества может иметь как трансцендентный, так и терапевтический

эффект (Garai, 1987; McNiff, 1998; Rubin, 1984). Кроме того, созданный креативный продукт — это результат труда, который важен не только для самого клиента, но и для зрителей, увидевших «новорожденное» произведение искусства.

Эмпирические и творческие аспекты арт-терапии предполагают, чтобы арт-терапевты обеспечили среду, в которой выбор художественных средств и гостеприимная обстановка имели бы первостепенное значение. Для успеха лечения жизненно важна концепция безусловного принятия. Подобный подход к атмосфере терапии впервые был предложен Карлом Роджерсом (1951), а затем повторно акцентирован Н. Роджерс (2001). Независимо от теоретического направления и терапевтической школы, к которой относит себя арт-терапевт, подобная позиция является неотъемлемой частью процесса арт-терапии. Арт-терапевты тщательно продумывают каждую встречу с клиентом. Это делается в контексте общего плана всей терапии с учетом задачи, сформулированной для каждой сессии. Терапия планируется исходя из тех проблем, с которыми сталкивается пациент. Эти проблемы определяют цели и задачи работы. Для достижения поставленной цели терапевт определяет пути решения проблем конкретного клиента. Усилия терапевта не должны быть спонтанными и тем более не подкрепленными теоретической базой.

НЕОБХОДИМОСТЬ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ОБОСНОВАНИЯ

Джудит Рубин написала о необходимости теоретического обоснования практики арт-терапии во введении к первому изданию своей книги «Подходы к арт-терапии», в которой она призналась, что *«сначала я работала слюдьми в основном интуитивно. Позже я искала способы понять, что происходит, и варианты того, как лучше поступить»* (Rubin, 1987, XV). Рубин искала такую теорию, которая не только позволила бы ей обосновать свою работу с детьми, но и обеспечила бы развитие ее подхода к детской арт-терапии. По ее мнению, теория имеет основополагающее значение для арт-терапии, поскольку играет основную роль в планировании и проведении арт-терапевтических сессий. Опираясь на теоретические положения, она обосновывает принципы своей работы другим арт-терапевтам. Опора на теорию помогает демистифицировать суть арт-терапии для специалистов в области психического здоровья.

Профессия арт-терапевта развивалась на протяжении десятилетий и теперь включает в себя многочисленные теоретические положения. По утверждению Д. Рубин, теории закладывают основу для мышления арт-терапевта и позволяют им представить, как работать с конкретным клиентом. Теоретические прогнозы не только предлагают принципы изменения поведения, но и помогают терапевту осмыслить стратегии применения этих принципов в целях улучшения состояния здоровья клиента.

Каких теоретических взглядов придерживаются арт-терапевты

Теоретические подходы к арт-терапии изучались и использовались на протяжении многих лет. Арт-терапевты заимствуют теорию и терапевтические модели из нескольких образовательных и психологических источников и применяют эти концепции к арт-терапии. Первые практики арт-терапии использовали психоаналитические методы, модели и принципы (Kramer, 1971; Naumburg, 1966/1987; Rubin, 2016; Wilson, 2016). Арт-терапевты также задействовали юнгианские методы (Abbenante & Wix, 2016; Bonny & Kellogg, 1976; M. Edwards, 1987; Wallace, 1987; Wittels, 1978), теорию Адлера (Lewis, 1979), феноменологические подходы (Betensky, 1977), гуманистическую философию (Garai, 1987), принципы гештальта (Rhyne, 1974, 1987; Ciornai, 2016), экзистенциальные положения (B. Moon, 1990) и эклектические (мульти-модальные) варианты (Vogt & Vogt, 1983; Wadeson, 1987, 2016). Поведенческие модели появились в литературе по арт-терапии в начале 1970-х годов, а арт-терапия с когнитивным обоснованием поведения впервые упоминалась в литературе в конце 1970-х годов, когда два известных ученых описали свою работу (см. главу 5). Эллен Рот (1978, 1987) обсуждала идею использования методов поведенческой терапии и «*формирования реальности*» как средства концептуализации арт-терапии для детей с нарушениями развития и психическими расстройствами. Дженни Райн (1979а, 1979б) изучала теорию личностных конструктов (Kelly, 1955) как основу помощи людям в исследовании их эмоциональных состояний. Таким образом, КПАТ существует всего около 25 лет — примерно вдвое меньше, чем КПТ. Ни Рот, ни Райн первоначально не понимали, насколько важны их работы.

КПТ И КПАТ

Мнение, что интервенции КПТ нет места в практике арт-терапии, существует до сих пор. Тем не менее у КПТ и КПАТ есть точки соприкосновения, и задача этой книги — найти и описать эти пересечения. Фактически КПТ должна занимать значительное место среди основных теоретических подходов в арт-терапии главным образом потому, что это практика, основанная на экспериментальных исследованиях. Но многие арт-терапевты проявляют осторожность, рассматривая совместимость этих двух направлений. Одной из основных проблем является противопоставление эмпирического лечения, такого как арт-терапия, предполагаемому директивному подходу КПТ. Например, Соболев (1985) писала о чувствах тревоги и неприятия, которые испытывают многие арт-терапевты по отношению к некоторым тенденциям в поведенческой психологии. Рейнольдс (1999) было любопытно, почему *«когнитивно-поведенческие подходы почти полностью отсутствуют в литературе по креативной терапии»* (с. 165). Не так давно Рогханчи и соавторы (2013) отметили, что, хотя КПТ и арт-терапия имеют долгую историю, интеграция двух этих методов не получила широкого распространения. К счастью, сегодня в литературу по арт-терапии повсеместно включены идеи КПАТ.

Препятствия для принятия КПАТ

Препятствий на пути принятия КПАТ немало, но они носят формальный и неконструктивный характер, поэтому их необходимо устранить. В этой книге предпринята попытка оспорить объяснения невозможности использования КПАТ.

На взгляд арт-терапевтов, есть как минимум пять значительных препятствий для использования КПТ в практике арт-терапии.

Первое — это обеспокоенность по поводу того, что КПТ отражает «подход поваренной книги». Действительно, существует немало рабочих тетрадей, которые регулярно используют специалисты КПТ по психическому здоровью. Зачастую пошаговые руководства воспринимаются арт-терапевтами как излишне жесткие, игнорирующие индивидуальный подход к клиенту, предписывающие, куда двигаться терапевту в процессе лечения. Хотя в этом и есть доля правды, но это не вся правда: боль-

шинство терапевтов КПТ при работе с проблемами клиента основное внимание уделяют насущным потребностям именно этого человека и при проведении конкретной техники используют рабочие тетради только как ориентир.

Вторая проблема была изложена Заридом и Хасс (2010) и связана с первой. Эти авторы указали, что КПТ часто рассматривается как нисходящий терапевтический процесс. Под этим подразумевается, что форма лечения разрабатывается терапевтом, а затем предлагается клиенту. Арт-терапия, напротив, считается восходящим методом лечения, когда клиент сам формирует курс лечения. Хотя есть некоторые доказательства того, что это верно, КПТ не всегда опережает действия клиента. Одной из сильных сторон КПАТ является именно то, что в помощь КПТ само искусство выдвигает на первый план «траекторию» процесса лечения.

Третье препятствие заключается в том, что распространено мнение, будто КПТ и КПАТ не учитывают эмоциональное содержание проблем клиента. Это неточно. Чувства и эмоции тесно взаимосвязаны с когнитивными процессами, именно поэтому их важно исследовать и рассматривать как значимую часть лечения. Согласно Хофманну, Асмундсону и Беку (2013), и сама когнитивная теория, и опирающаяся на нее КПТ направлены на взаимодействие когниций и эмоций. В современной практике КПТ и КПАТ разработаны специальные методы для снижения эмоциональной интенсивности и устранения аффективного содержания тревожности, например, при работе с ПТСР (посттравматическим стрессовым расстройством) и во многих других диагностических группах, таких как депрессия и хроническая боль. (2)

Помощь клиенту в осмыслении его проблем является важной частью арт-терапии. Следовательно, четвертая причина, по которой арт-терапевты могут избегать КПАТ, заключается в том, что долгое время не придавалось большого значения наличию четких объяснений, каким образом арт-терапевт помогает клиентам осознать их проблемы. Создание смысла является ключевым компонентом КПАТ. Фактически включение художественного творчества в КПТ увеличивает вероятность того, что клиент сможет отыскать смысл происходящих в его жизни событий. Смысл может быть найден с помощью искусства и понят через призму конструктивистской теории. (3)

В-пятых, имеется необоснованное представление, что КПТ увеличивает силу позитивного мышления. Это неверно. КПТ не приветствует крайности — ни положительные, ни отрицательные. Скорее КПТ помогает людям думать и действовать более рационально (это общий подход у КПТ и КПАТ). Рациональное мышление, впервые

представленное Альбертом Эллисом, имеет решающее значение для достижения более эффективной адаптации к проблемным ситуациям. В КПТ и КПАТ рациональные варианты мышления смягчают или изменяют неадаптивные шаблоны и приводят к более сбалансированному поведению. Специалисты по КПТ и КПАТ считают, что рациональное мышление может помочь клиентам жить с меньшими потрясениями и увеличить свою стрессоустойчивость.

Научно-доказательная база КПТ

КПТ, включающая совокупность различных вариантов лечения, существует уже более 50 лет. КПТ является научно обоснованным, высокоэффективным и полезным терапевтическим подходом к лечению тревожных расстройств (включая ПТСР), депрессии, расстройств пищевого поведения, шизофрении, личностных расстройств, преступности, токсикомании и т. д. В литературе имеются многочисленные высказывания, характеризующие когнитивную терапию как одно из наиболее важных достижений психотерапии за последние 50 лет (Altman, цит. по: Hofmann, Asmundson, Beck, 2013). Несмотря на это, некоторые психологи все еще считают КПТ новым теоретическим подходом к терапии, так как они сравнивают КПТ с психодинамическими подходами, возникшими на полвека раньше (Davey, 2013). В связи с этим необходимо подчеркнуть, что за время своего существования КПТ многократно подвергалась всесторонней проверке, включая рандомизированные контролируемые исследования,

В основе КПТ лежит теория социального научения (Бандура (Bandura), 1969; Миллер и Доллард (Miller & Dollard), 1941; Роттер (Rotter), 1966). Эта теория возникла в то время, когда психологи не смогли приспособить теоретические положения других направлений не только для объяснения поведения людей, но и для понимания того, как мы думаем о своих проблемах, эмоциях, событиях и о самих себе, а также о том, как мы воспринимаем основополагающие аспекты бытия.

Особо отметим один из главных аргументов в пользу использования КПТ в арт-терапии: КПТ популярна в мире психологии благодаря огромному количеству доказательств ее эффективности при лечении людей, страдающих от многочисленных проблем (таких как тревога, депрессия и ПТСР), а также имеющих поведенческие проблемы (такие как зависимости, компульсии и расстройства пищевого поведения). Арт-терапия нацелена на работу в этих направлениях. Арт-терапия,

которая часто воспринимается только как эмпирический тип терапевтического лечения, как и КПТ, имеет когнитивные компоненты, присущие художественному процессу как таковому, а КПТ подобно арт-терапии имеет творческие и ментальные составляющие и тем самым также включает сложный эмоциональный контент. То есть КПТ и арт-терапия пересекаются друг с другом как в когнитивном, так и в эмоциональном поле.

Аргументы в пользу КПАТ: совместимость КПТ и арт-терапии

Практика арт-терапии сложна и запутанна. Использование искусства в качестве средства решения поведенческих, эмоциональных и психических проблем клиентов требует от психотерапевта особого мышления и опыта, а также такого важного компонента, как теоретическая ориентация. Прежде чем принять решение о выборе конкретной терапии, важно иметь глубокое понимание философских и теоретических конструктов, на которых основан выбранный подход. Таким образом, вторая задача этой книги — предоставить фундаментальное научное обоснование дееспособности КПТ и КПАТ.

Учитывая растущее количество доказательств эффективности КПТ, цель этой главы — заложить основу для аргументации того, что КПТ является живым, важным и эффективным подходом к арт-терапии. Ниже будет приведена информация, которая, я надеюсь, опровергнет представление о том, что КПТ и арт-терапия несовместимы. Основываясь на опыте нескольких авторов арт-терапии, будет проведен обзор того, как участие в арт-терапии улучшает когнитивные навыки клиента.

КОГНИТИВНЫЕ НАВЫКИ, КОТОРЫЕ УЛУЧШАЕТ АРТ-ТЕРАПИЯ

КПТ и КПАТ имеют следующие общие элементы:

- 1) разработка экологичных и гибких стратегий адаптации для повышения шансов на выздоровление и улучшение качества жизни;
- 2) понимание процессов мышления, включая внутреннюю речь и образ мыслей как предшественников поведения;

3) содействие выработке прагматического решения для оказания помощи лицам, находящимся в заключении или в аналогичных условиях, как эффективный способ снять стресс и повысить шансы на выживание.

Кроме того, важным компонентом КПАТ является раскрытие психических образов и эмоциональных состояний как части когнитивной структуры.

Как указывалось ранее, КПАТ началась с Рот и Райн. Другие арт-терапевты также делали попытки использовать в своей работе инструменты КПТ. Перечень наиболее часто применяемых методов когнитивно-поведенческой терапии, полезных также для арт-терапевтов, включает методику решения проблем (Packard, 1977), моделирование (Roth, 1987; Rozum, 2001), методы релаксации и ментальных образов (Lusebrink, 1990; Rosal, 1985, 1993, 2001), уменьшение стресса (Lusebrink, 1990), систематическую десенсибилизацию и/или методику «наводнения» (De Francisco, 1983; Gerber, 1994; Matto, 1997; Reynolds, 1999). Применение перечисленных методов в КПАТ будет обсуждаться в этой книге на примерах как ранних, так и современных авторов.

Хотя количество литературы по арт-терапии с использованием когнитивно-поведенческого подхода не очень велико, однако те, кто писал об этом теоретическом подходе, неоднократно указывали, что когнитивные навыки с помощью арт-терапии существенно улучшаются. Арнхейм (1969) обнаружил, что художественное творчество является мощной познавательной деятельностью, а Росал (2001) считает, что *«занимаясь искусством, мы используем весь спектр познавательных процессов»* (с. 222). Эта мысль была поддержана Роганчи с соавторами (2013), которые утверждали, что арт-терапия именно потому хорошо интегрируется с КПТ, что искусство по своей природе является познавательной деятельностью. Чтобы обеспечить дальнейшее понимание КПАТ, ниже описаны различные навыки создания произведений искусства, которые улучшают когнитивные функции, развивают мышление и тем самым содействуют решению имеющихся проблем.

Проблемный фокус

Одна из наиболее веских причин включения КПТ в арт-терапию — необходимость развития проблемно-ориентированного мышления. После того как клиент выразит желание начать лечение, следующим шагом становится выявление проблемы (или комплекса проблем). Арт-терапевты, использующие методы КПТ, поняли силу зонирования проблематики,

которую клиент приносит в терапию. Росал (2001) обнаружила, что *«быстрое проникновение в суть того, что вызывает беспокойство, может обеспечить немедленное облегчение»* (с. 223). Рейнольдс (1999) приводит пример обсуждения и тщательного анализа разговора с клиенткой по имени Энн. Когда Энн поступила на терапию, она сказала, что пришла работать над депрессией и семейными сложностями. К третьему сеансу, после детального расспроса и вдумчивого разговора, Энн призналась, что ей стыдно за свой иррациональный страх смотреть на семейные фотографии. Рейнольдс поняла, на чем следует сфокусироваться в процессе лечения, после чего поручила Энн создать гобелен, включающий тревожные фотографии.

Экстернализация проблемы

Матто, Коркоран и Фаслер (2003) в своих работах обсудили значение экстернализации при проведении проблемно-ориентированного лечения. В КПТ такое понимание достигается реконфигурированием и реструктурированием выявленной у клиента проблемы. При использовании КПАТ проблема отражается на бумаге, что освобождает клиента *«от убеждения, что проблема является фиксированным и неотъемлемым качеством... Это вносит элемент изменчивости в проблемы, которые первоначально казались зафиксированными»* (Matto et al., 2003, с. 266). Авторы обнаружили, что клиенту легче и безопаснее экстернализировать проблему после того, как она превращается в визуальное изображение. Внешний вид проблемы становится податливым, может быть легче изменен, а также может служить мостиком к поиску решения. Проблемы могут быть выведены за пределы первоначальных рамок путем создания нескольких образов в виде поэтапных поведенческих действий (Rosal, 2001). Примерами являются рисование цикла оскорбительного поведения или рисование «до», «во время» и «после» моментов драк и конфликтов. (4)

Решение проблем

Согласно Арнхейму (1969), *«визуальное восприятие — это визуальное мышление, а создание арт-объектов — это своего рода визуальное решение проблем»*. Кейрл (2008) согласилась с этим утверждением и добавила, что занятие творчеством само по себе является формой

решения проблем. Эпп (2008) применяла визуальное решение проблем в ходе арт-терапии людей с аутизмом. Благодаря искусству *«быстрые и надежные решения могут помочь человеку обрести самообладание»* (Rosal, 2001, с. 223).

В КПТ ментальные образы часто используются в качестве инструмента для активации генерации решений, организации мышления и решения проблем. Многие авторы занимались изучением этого вопроса. Так, Росал (2001) утверждала, что *«поскольку ментальный образ [терапевтически] эффективен, нарисованное изображение является убедительным дополнением к первоначально эффективному набору методов КПТ»* (с. 223). Матто и соавторы (2003) инициировали короткую программу проблемно-ориентированной арт-терапии для того, чтобы художественный опыт показал более полную картину проблемы, а также помог увидеть варианты ее решения. Кейрл (2008) включила в свою работу концепцию, согласно которой процесс создания арт-объекта по существу заключается именно в поиске решения проблемы. При реализации программы для молодых девушек процесс создания коллажей помог им разрешить проблемы и имеющиеся у них конфликты. В свою очередь Матто и соавторы (2003) обнаружили, что использование образов, созданных клиентом, приводит к поиску новых возможностей и решению сложных проблем. Таким образом, художественное творчество улучшает способности решать проблемы. Как говорил Парсонс (1998), *«художник, следовательно, является разрешателем проблем»* (с. 81).

Перспективы экспансии

Часто у клиентов заостренный взгляд на свою проблемную ситуацию. Изменение укоренившейся точки зрения может стать стимулом для повышения гибкости их мышления. Матто и соавторы (2003) использовали КПАТ для расширения взгляда клиента на проблему. Как только клиент заканчивал работу над изображением, они просили создать *«вторую картинку — увеличенную, на большем листе бумаги, чтобы можно было более полно рассмотреть проблемный аспект»* (с. 269). Этот процесс позволял клиенту изучить проблему и беспокоящие аспекты под другим углом зрения. Также можно попросить клиента выделить наиболее тревожащую его часть изображения и увеличить ее на большем листе бумаги. В качестве альтернативы может быть предложено обратное действие: взять проблемное изображение и воспроизвести на меньшем листе бумаги, тем самым нивелируя его значимость.

Рефрейминг проблем

Арт-терапевты КПАТ также помогают клиентам переосмыслить имеющиеся трудности. Рефрейминг — это метод, используемый в КПТ, чтобы помочь клиенту увидеть сложные события, ситуации и мысли в более позитивном свете. Матто и соавторы (2003) привели пример рефрейминга с группой подростков, страдающих расстройствами, связанными с токсикоманией. Исследователи обнаружили, что процесс рефрейминга способствует раскрытию сильных сторон личности клиентов. Группу сначала попросили нарисовать проблемное поведение, характерное для их зависимости. Затем определить навык, необходимый для нежелательного поведения, и на втором рисунке создать картину, как с помощью этих же навыков может быть достигнуто позитивное поведение. Цель состояла в том, чтобы подростки смогли раскрыть положительный аспект навыков, которыми они обладали, переосмыслить их и представить, как они могут быть использованы с большей пользой.

Принятие решения

Художественное творчество изобилует возможностями принимать решения. Даже выбор материала перед началом процесса созидания уже является важным этапом принятия решения. Для многих клиентов этот первый шаг труден и требует решимости и воли — двух ключевых компонентов познания. После того как клиент решился начать что-то делать, следует множество других решений. Такие факторы, как, например, размер бумаги, используемый цвет (цвета), выбор, где размещать определенные части рисунка и когда прекратить рисование, влияют на конечный результат работы. Согласно Матто (1997), арт-терапия клиента с расстройством пищевого поведения *«обеспечила ему активное участие в принятии решений»* (с. 350). В ходе КПАТ клиенты *«выбирают художественные материалы, выбирают, как подойти к рисунку, а также как и что обсуждать при разговоре о созданных картинах»* (Rosal, 2001, с. 223).

Побуждения и подкрепления

Два традиционных метода коррекции поведения, используемые в КПТ, — побуждение и подкрепление. Даже среди арт-терапевтов, не

придерживающихся поведенческих и КПТ практик, применение этих двух методов считается само собой разумеющимся. Такой простой комментарий психотерапевта, как *«пришло время сесть и начать рисовать»*, — это поведенческое побуждение. Усиление про-арт-поведения также распространено в практике арт-терапии (например, *«Сегодня вы очень много работали над этой скульптурой, и она выглядит почти законченной»*). Рот (1978, 1987) исследовала, каким образом большинство психотерапевтов, включая арт-терапевтов, используют подкрепления, такие как словесные похвалы, когда клиент может оказаться на верном пути или когда он сообщает об успехах в решении проблемных социальных коммуникаций. Согласно Росал (2001): *«Рисование или лепка, создание художественного образа включает системы мгновенной обратной связи и постоянное увеличение вероятности удовлетворительного поведения. Каждый мазок кисти, который появляется на бумаге, может предлагать или стимулировать дальнейшие действия (обратную связь), а также восхищать (укреплять) художника»* (с. 217).

Приведем два примера использования побуждений и подкреплений. Рот (1987) использовала серию подсказок, чтобы помочь детям разработать четкие визуальные конструкции. В своей работе, которую она назвала формированием реальности, она побуждала детей создавать и переделывать конкретные визуальные схемы с целью выработки концепций, связанных с дисфункциональным поведением. (5) Меллберг (1998) занимался с подростками с нарушениями развития. Чтобы помочь подросткам научиться работать акварелью, он разработал «акварельный протокол», основанный на положительных подкреплениях. «Протокол» состоял из пошагового процесса, который обеспечивал успех подростков в данной области. Каждое направление в искусстве имеет присущие именно ему специфические способы подкрепления. К примеру, каждая новая линия на рисунке визуально «подчеркивает» усилия художника. Экспериментирование с материалами тоже может выступать как подкрепление. Завершение процесса творчества обычно воплощает в себе особую ценность подкрепления.

Создание порядка из хаоса

Обсуждая тему решения проблем с помощью детского творчества, Арнхейм (1969) писал, что *«создание образа служит для осмысления мира»* (с. 257). Он предположил, что на *«более высоких уровнях психического развития композиционные паттерны [в детском искусстве] усложня-*

ются» (с. 259). Конечно, арт-терапевты принимают идею о том, что этапы развития ребенка можно изучать по творчеству детей. Появление в композициях новых элементов, соответствующих возрасту ребенка, является доказательством того, что ребенок успешно «наводит порядок» в своем мире.

Кроме того, Матто (1997) обнаружил, что с помощью создания произведений искусства, которые включают в себя решение проблем и принятие решений, порядок может быть создан даже из хаоса. Беспорядочные в начале усилия могут высвободить энергию и впоследствии могут быть переформированы и перенастроены.

Многочисленные теоретические подходы к арт-терапии особо выделяют возможность использования искусства для наведения порядка из хаоса. Однако Росал (2001) подчеркивала, что *«когнитивно-поведенческая арт-терапия ускоряет приобретение внутреннего контроля путем объединения присущих ей аспектов с дополнительными методами: 1) обнаружение, продвижение, улучшение и реконфигурирование ментальных образов; 2) сравнение и сопоставление рисунков; 3) тщательный отбор тем для изображения проблемных ситуаций и событий; 4) создание изобразительных метафор чувств и ментальных состояний»* (с. 223).

Когда клиенты получают контроль над художественными процессами, который позволяет им завершить работу, у них повышается самооценка, они ощущают, что способны реализовать задуманное, умеют принимать решения и держать ситуацию под контролем. Пифало (2007) пишет, что при оказании помощи детям, подвергшимся насилию, важной целью лечения является обретение некоторого порядка на фоне растерянности и смятения, вызванных насилием. Одна из форм арт-терапии, которую Пифало использовала для подобного упорядочивания, — создание детьми дорожных карт своей юной жизни. Эта важная концепция была поддержана Рейнольдс (1999), которая констатировала, что художественные процессы помогают структурировать хаотические чувства, что в свою очередь приводит к изменению перспектив и в конечном итоге к расширению возможностей.

Улучшение регуляторной функции

Развитие мастерства владения художественными материалами помогает обрести поведенческий и эмоциональный самоконтроль. Росал (2001) утверждала, что *«первостепенная цель КПТ заключается в том, чтобы клиент обрел самообладание»* (с. 218). И детям, и взрослым самоконтроль

необходим для постепенного улучшения психического здоровья. Управление собственным поведением дает свободу и возможность личного выбора. Самоконтроль является важнейшей исполнительской функцией, управляемой префронтальной корой головного мозга. Согласно Сариду и Гуссу (2010), КПТ и КПАТ являются интерактивными модальностями, которые обеспечивают доступ к различным способам когнитивной обработки. Эти авторы установили, что КПТ и КПАТ повышают исполнительскую функцию мозга посредством *«иницирования [регуляторных] процессов, которые уменьшают тревожность и негативные эмоциональные реакции путем ингибирования гипоталамического высвобождения кортизола»* (с. 11). Таким образом, контроль над хаосом с помощью художественного творчества является шагом к поведенческому самоконтролю. Умение сдерживать свое разочарование в случае, если готовый продукт получился не похожим на воображаемый, не только повышает самоконтроль, но и улучшает регуляторные навыки.

Резюме

Выбор теоретической ориентации имеет решающее значение для практики арт-терапии. Как подчеркивала Рубин (1987), теория помогает арт-терапевту сформулировать точку зрения на лечение и закладывает основу, на базе которой могут быть сформированы цели и задачи лечения, а также выбраны конкретные терапевтические вмешательства. За прошедшие десятилетия арт-терапевты применяли множество психологических подходов. И все же арт-терапевты до сих пор не имеют единого мнения, подходит ли КПАТ для их работы. Все еще остаются препятствия, мешающие включить КПАТ в число наиболее популярных теорий, используемых арт-терапевтами. Эти препятствия подпитываются необоснованными суждениями, что КПАТ не включает в себя удовлетворение эмоциональных потребностей клиента. Именно из-за подобных недоразумений я решила написать эту книгу. Моя цель — положить конец заблуждениям в отношении несоответствия КПТ эмпирическому типу лечения, такому как арт-терапия.

Сила КПАТ в том, что она объединяет проблемный и практический подходы к арт-терапии. Создание арт-объекта включает в себя многочисленные когнитивные навыки, которые проявляются и расширяются через КПАТ. КПАТ-терапевты для лечения используют внутренние когнитивные свойства искусства и образности. Они также применяют принципы КПТ для выявления проблемных когнитивных процессов,

которые мешают позитивной адаптации, и на их основе разрабатывают новые стратегии для художественного творчества, способные бросить вызов устоявшимся паттернам и сформировать новые модели поведения. В то же время даже если арт-терапевт верит в силу КПТ, эта теория может оказаться сложной для глубинного ее понимания. Некоторые из когнитивных навыков, необходимых для создания арт-объектов, были описаны выше, другие будут обсуждаться в следующих главах.

Конструктивистская теория, познание и КПАТ

За каждым теоретическим подходом стоит гносеологическая позиция. По моему мнению, КПАТ сохраняет приверженность философии конструктивизма. Проще говоря, философия предоставляет модель того, как люди приобретают знания и как осознают их значение. Арт-терапевты приняли эту эпистемологическую позицию (понимание, что между истиной и мнением есть различия). Например, Матто с соавторами (2003) создали свою программу арт-терапии на платформе конструктивизма, обозначив, что конструктивистская философская перспектива — это знание о том, каким образом из социальных взаимодействий выстраивается реальность.

Будучи педагогом арт-терапии, я приняла философию конструктивизма для обучения арт-терапевтов. Главный принцип моей работы — предоставить студентам как можно больше теоретической информации по изучаемому предмету и как можно больше возможностей для практического опыта. Также следует доверять студентам, чтобы они сами смогли решить, какое средство для построения собственной профессиональной концепции для них наиболее важно. В центре этой философии, с точки зрения процесса обучения, лежит предположение о том, что учащиеся обладают свойством самоуправления, выступают как активные субъекты и самостоятельно определяют свои взгляды на практику арт-терапии (von Glasersfeld, 1995). По предположению Ларошеля и Беднарца (1998), эпистемология конструктивизма *«должна помочь им [студентам] задуматься о процессах, построении и объеме их конструктов и помочь им акклиматизироваться к бытийно единичной (сингулярной) природе компонентов и операций, из которых генерируются другие конструкты, в том числе академические знания»* (с. 8). Кроме того, принципы конструктивистского обучения также включают

роль учителя, который последовательно и продуманно задает вопросы и ставит задачи (а не того, кто бездумно читает лекции).

Конструктивистские идеи основаны на теориях когнитивной психологии и когнитивной науки. Многие считают, что именно Пиаже в своих работах ввел понятие психологических конструктивистских концепций (Fosnot & Perry, 2005). Жан Пиаже оказал влияние на таких мыслителей, как Лев Выготский (1936), Джером Брунер (1990) и Джордж Келли (1955), и это лишь наиболее известные ученые среди многих других его последователей. Конструктивистская философия углубляет наше понимание КПТ и КПАТ, как это было доказано Карнес (1979), Райн (1979a, 1979b), Матто с соавторами (2003) и Феннер (2016). Их идеи рассматриваются в следующих главах.

Начиная с исследований и предположений, выдвинутых Пиаже, конструктивизм представляет собой концепцию, заключающуюся в том, что каждый человек сам создает свое понимание окружающего мира: как мир работает, как люди ведут себя и как они с миром взаимодействуют. Эти же идеи заложены и в КПАТ. Конструктивизм имеет решающее значение для арт-терапии: он объясняет, каким образом человек создает рисунок, живопись или скульптуру (Феппер, 2016). Искусство — это строительство, разрушение и реконструкция личных историй. Конструктивистская модель исследует происхождение ментальных образов, метафор и нарративов и определяет когнитивные операции, служащие для их реализации. Понимание природы этих когнитивных функций имеет жизненно важное значение для практики арт-терапии.

Структура книги

Глава 1 дала общее представление о книге в целом, чем заложила базу для понимания доказательств в пользу КПАТ. Ниже предоставлены резюме следующих глав этой книги.

Глава 2 посвящена исследованию творческих и воображаемых аспектов познания и когнитивно-поведенческой теории. Эта информация имеет основополагающее значение для понимания связи между КПТ и КПАТ. В частности, будут рассмотрены две важные темы: 1) теория ментальных образов и их использование в когнитивно-поведенческой терапии; 2) теория о связи между эмоциями и познанием. Также будет рассмотрена связь между образами и восприятием и способы использования образов в поведенческой терапии и КПТ.

В главе 3 представлен более глубокий анализ когнитивных аспектов художественного творчества. Глава начинается с погружения в конструктивистскую теорию в представлении разных мыслителей. В частности, будут исследованы конструктивистские теории развития Пиаже, Выготского и Брунера. Обзор перечисленных теорий заложит основу для изучения когнитивно-конструктивистских аспектов художественного творчества. Разбор работы Эйснер (2002) и Эфланд (2002) позволит объяснить, почему мышление и познание являются неотъемлемой частью искусства.

Главы 4 и 5 являются историческими обзорами. В главе 4 рассмотрено развитие КПТ, начиная с появления бихевиористских теорий (иногда называются первой волной КПТ) и поведенческих вмешательств, основанных на этих идеях. Далее будут исследованы причины, по которым появление когнитивной науки и понимание высших когнитивных процессов человека привело к возникновению второй волны или когнитивно-поведенческой теории в терапии. Исторические корни КПАТ рассмотрены в главе 5. Также описаны способы, с помощью которых ранние арт-терапевты объединили КПТ и арт-терапию. В первую очередь обсуждаются работы арт-терапевтов, которые использовали методы бихевиоризма, а затем тех, кто принял новую когнитивную науку, или вторую волну КПТ. Таким образом, будут проанализированы ключевые элементы когнитивно-поведенческой арт-терапии.

В главе 6 представлен подробный обзор современных методов КПТ и КПАТ. Примеры, взятые из материалов кейсов, помогут читателям лучше понять каждую из приведенных техник. Для иллюстрации сложных моментов приводятся ссылки на современную литературу.

В главе 7 начинается исследование третьей волны КПТ. Обсуждаются причины включения понятия осознанности как части КПТ. Когнитивные элементы буддийской психологии, принятия и медитации обеспечат контекст для объяснения того, как и почему теоретики и терапевты КПТ приняли методы восточной философии, в частности буддизма, как часть своей практики.

Глава 8 представляет собой обзор КПАТ в сочетании подходов когнитивных процессов с теориями третьей волны. Основными теориями третьего поколения, которые рассматриваются в этой главе, являются диалектическая поведенческая терапия (DBT), снижение стресса на основе принятия (MBSR), когнитивная терапия на основе осознанности (MBCT), а также терапия принятия и ответственности (ACT). Как КПТ третьей волны, так и КПАТ исследованы в фокусе каждой из этих новых

итераций. Обсуждаются работы арт-терапевтов, которые включают в свои практики техники осознанности.

В главе 9 сложный массив теорий КПАТ представлен в виде краткого обзора лучших практик для лечения различных диагностических групп. Компиляция практик КПАТ предоставит студентам и практикам четкую картину, как работать в рамках модели КПАТ. Я завершаю последнюю главу тем, что привожу решающий аргумент в пользу КПАТ как важного и своевременного подхода к арт-терапии.

Примечания

1. Первые две волны будут обсуждаться в главах 2, 3, 4, 5 и 6. В главе 7 третья волна, основанная на буддийской психологии, осознанности и медитации, будет рассмотрена под «когнитивной линзой». В главе 8 описаны подходы третьей волны в практиках КПТ и КПАТ.
2. См. главу 6, где описаны методы КПТ, такие как придание смысла эмоциям, работа с эмоциями *in vivo* и имагинативный рескриптинг для смягчения тревожных и вызывающих беспокойство психических образов.
3. См. ниже, а также главу 3, в которой эта теория подробно изучена.
4. В главе 6 дальнейшее обсуждение экстернализации проблемы рассматривается в контексте навязчивых мыслей.
5. См. главу 5 для получения дополнительной информации о работах Рот.

Глава 2

ТВОРЧЕСКИЕ, ОБРАЗНЫЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КОГНИТИВНО- ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Когда вы концентрируетесь на ментальной картине, она начинает шевелиться, изображение обогащается деталями, оно движется и развивается.

C. G. Jung, 1935

Воображение — это акт или сила формирования мысленных образов того, что на самом деле не присутствует в чувствах, или того, что на самом деле не испытывалось. Это также акт или сила создания новых идей или образов путем объединения и реорганизации предыдущего опыта.

A. D. Efland, 2002

Существует неправильное представление о том, что методы когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) сфокусированы исключительно на симптомах или навыках. Эта ошибка возникла из-за наличия в учебной литературе рабочих тетрадей КПТ, в которых детально описываются протоколы предполагаемой терапии. Несмотря на свою практическую ценность, эти материалы часто не раскрывают всех тонкостей реальной практики. Создается ошибочное представление, будто терапевты КПТ сосредоточены исключительно на выявлении и улучшении каких-либо строго определенных проблемных областей, в то время как практику-

ющие специалисты понимают, что мозг сложен и в нем происходят одновременно несколько психических процессов.

В когнитивно-поведенческой арт-терапии (КПАТ) для баланса внутреннего локуса контроля, самооффективности и самоконтроля сила воображаемых образов и их эмоциональная обработка сочетается с когнитивно-поведенческими терапевтическими методами, что ведет к возникновению более адаптивного поведения клиента. Этому процессу служит более глубокое понимание ментальных образов, осознание их связи с другими когнитивными процессами, понимание механизмов их возникновения и способов их использования. Эмоции являются неотъемлемой частью практики арт-терапии. В то же время эмоции являются неотъемлемой частью КПТ — служат как для осознания целей терапии, так и для оценки и изменения нежелательного поведения.

В этой главе основное внимание уделено изучению двух аспектов КПТ, которые требуют воображения и детализации, а именно образов и эмоций.

МЕНТАЛЬНЫЕ ОБРАЗЫ

В 2011 году Хакманн, Беннетт-Леви и Холмс провозгласили, что «образы — это один из новых, захватывающих рубежей в когнитивной терапии» (с. 27). Но у КПТ и ранее имелась долгая история использования образов. Еще в 1960-х годах когнитивные психологи и когнитивно-поведенческие терапевты обратили внимание, что умственные образы даже более влиятельны, чем внутренние разговоры с самим собой. Это особенно актуально, если клиент испытывает дистресс или переживает травмирующие события. На ранних этапах лечения КПТ изображения использовались как часть систематической десенсибилизации и скрытого моделирования. Сегодня, входя в так называемую реструктуризацию изображений, ментальные образы являются неотъемлемой частью КПТ.

Так как же образы стали таким важным аспектом КПТ? В этой главе сделана попытка ответить на этот вопрос.

Исторические корни образов в психотерапии

Образы всегда были частью человеческого наследия, основанного на магии, религии, философии и литературе (Waller, Schweitzer, Brunton

& Knudson, 2012), поэтому они вызывали интерес многих представителей философских и психотерапевтических школ. Например, психоаналитическая теория хотя и не рассматривает воображение напрямую, изобилует ссылками на ментальные образы как на часть бессознательного. МакКеллар (1986) отмечал, что такие понятия, как сопротивление, свободная ассоциация и перенос, насыщены «прошлыми действиями воображаемого Я» (с. 49). Именно заинтересовавшись образами, Фрейд написал «Толкование снов» (1913), которое до сих пор считается эпохальной работой, посвященной сразу двум типам умственных образов — сновидениям и гипногогическим состояниям.

В дальнейшем терапевтическая значимость обоих типов упомянутых образов более детально изучалась в рамках многих психологических направлений. Два метода — интерпретацию сновидений и использование активного воображения — использовал в своей работе Карл Юнг (Jung, 1965). Активное воображение — это процесс, во время которого клиент обращает пристальное внимание на все аспекты образа сна, а затем сообщает об этом терапевту, который следит за изменениями в описании сновидения. Согласно Юнгу, сон сообщает о содержании бессознательного человека. Юнг также предположил, что возникающие у клиента архетипические образы являются отражением нашего понимания коллективного бессознательного (McKellar, 1986).

Уже более века психологи тщательно изучают, какую роль играют психические образы и как их можно использовать, чтобы помочь клиентам обрести спокойствие (Janet, 1889; Perky, 1910; Piaget & Inhelder, 1969; Watson, 1913; Wolpe, 1958; Paivio, 1971; Kazdin, 1978; Meichenbaum, 1977, 1978). Д. Эдвардс (2007) проследил использование образов в психотерапии, начиная с гипнотерапевта Пьера Жана, который еще в 1880-х годах в качестве средства повышения эффективности своей клинической деятельности использовал то, что он назвал заменой образов. Он заставлял клиентов представлять сложные события и впоследствии изменять всплывшие картины так, чтобы они становились более адаптивными.

Умственные образы на протяжении десятилетий интересовали философов и ученых, изучавших психологию. Привести полный обзор изменений в философских взглядах на природу ментальных образов в этой книге невозможно, поэтому затронем наиболее важные аспекты тех философских школ, которые послужили толчком к психологическим исследованиям в этой области. Так, философ Беркли, живший в начале XVIII века (цит. по: Kaufmann, 1986), был приверженцем теории воображения, в которой ментальные образы считались первичной символической системой как часть классического эмпиризма. Вторичные символы,

такие как язык, являлись производными от образов. Беркли считал язык наиболее важным аспектом вторичных символов. В его теории слова не получают свое значение через образы, а заменяют образы. По словам Беркли, «мышление происходит в основном в словесной форме, но... мышление имеет смысл только тогда, когда слова могут быть прямо или косвенно преобразованы в соответствующие образы» (Kaufmann, 1986, с. 172). (1)¹

Исходя из философии Беркли, структурные психологи Вундт и Титченер использовали теорию воображения и классический эмпиризм в качестве парадигмы для исследования ментальных образов (Kaufmann, 1986). С помощью эмпирических методов исследования они пытались выяснить, может ли мысль возникать без образов (Waller et al., 2012). Титченер (как цитируется в Singer, 1974) предположил, что интроспекция является центральным инструментом мышления, и в своей парадигме отдал образам главенствующее положение. Для Титченера образы играли особо важную роль потому, что им не требовался стимул. Именно поэтому он считал, что образы являются основной когнитивной функцией. Психологи Вюрцбергской школы в Германии раскрыли имеющиеся в теории Титченера противоречия и в ходе многочисленных исследований доказали, что для возникновения мышления или восприятия образы не требуются (Singer, 1974, с. 25).

Исследование образов

Наиболее ранние исследования образов были сосредоточены на их перцептивных свойствах и связи между этими двумя психическими процессами. Исследования, проведенные Мэри Перки в 1910 году, выявили важную связь между образами и восприятием (Waller et al., 2012). Перки провела серию экспериментов, в которых испытуемым предъявлялись едва уловимые глазом цвета. По окончании эксперимента его участники говорили, что то, что они называли, они не видели, а вообразили (придумали) сами. Перки пришла к выводу, что образы и восприятие составляют единую психическую систему. Не так давно Уоллер и соавторы подтвердили гипотезу Перки, что восприятие — неотъемлемый компонент идентификации образов. Рагг и Косслин (Цит. по: Waller et al., 2012) определили имагинацию как *«внутреннее представление,*

¹ Здесь и далее в скобках номер примечания в конце главы.

которое создает опыт восприятия в отсутствие соответствующего сенсорного ввода» (с. 293).

Когда психологи погрузились в строгий бихевиоризм, исследования психических образов отошли в сторону. По словам Уоллера и соавторов (2012), разрыв в исследованиях образов между работой Перки в 1910 году и возобновлением исследований в 1960-х был обусловлен взглядами Уотсона и популярностью бихевиоризма. В статье Уотсона 1913 года «*Психология с точки зрения бихевиориста*» он изложил свое понимание психологии как исключительно наблюдаемого поведенческого явления. Это заявление в то время положило конец изучению образов, потому что они считались скорее интроспективными, чем обладающими наблюдаемыми качествами. Уотсон и его коллеги сосредоточились на том, что можно увидеть, а не на таких менталистских концепциях, как образы. Пословам Сингера (1974), Уотсон считал, что мысль — это поведение, а все мышление — это субвокальная речь. Тем не менее, согласно Марксу (1986), когда произошла когнитивная революция и возникла наука о разуме, даже Уотсон и другие строгие бихевиористы начали переосмысливать значение образов.

Новый интерес к теме, как люди думают и обрабатывают информацию, возник с появлением когнитивной психологии и обусловлен современным пониманием опосредующего воздействия когнитивных процессов на поведение. Причиной такого резкого изменения парадигмы было сближение бихевиоризма с когнитивной психологией (Marks, 1986).

Когда когнитивная наука «узаконила» изучение ментальных явлений, значение образов в психологии восстановилось — и исследования образов начались заново. Изображения были почти сразу же задействованы в некоторых техниках поведенческой терапии, таких как систематическая десенсибилизация и скрытое моделирование. Таким образом, произошедшие изменения во взглядах вновь показали значение образов и аффектов как важных аспектов психологического лечения. В результате начиная с конца 1960-х годов количество исследований в области психологии образов резко увеличилось.

Бугельский (1971) попытался помочь психологам понять природу психических образов в своей работе «*Определение образа*», в которой представлен обзор исследований, проведенных в конце XX века. Для определения понятия образа Бугельский изучил ряд работ исследователей и теоретиков, касающихся изображений (Ричардсон, Леуба, Маурер, Пайвио). Он нашел недостатки во многих взглядах того

времени, но тем не менее смог определить важные аспекты образов, которые имели большую ценность, поскольку были основаны на глубоких исследованиях и тщательном анализе. Например, он обнаружил работу, в которой говорилось, что когда люди спонтанно перемещаются в течение дня, ментальные образы произвольны и возникают естественным образом. Обычно даже после прямой просьбы вспомнить то или иное изображение людям бывает трудно вызвать конкретный, произвольно возникший образ. Тем не менее было доказано, что некоторые люди обладают повышенной способностью вспоминать даже случайные ментальные образы.

По словам Бугельского, особый интерес представляют научные работы Пайвио — с их помощью терапевты легче поймут отдельные аспекты образов. Пайвио (1971) обнаружил, что образы могут возникать (и действительно возникают) как ассоциативная реакция на слова и что они играют определенную роль в нашей памяти (в том числе для понимания языка). А еще что образы не могут быть поняты изолированно, а только в сравнении с другими конструктами, такими как вербализация и восприятие. Таким образом, лингвистическая компетентность и объем понимания речи, возможно, изначально зависят от образов. Пайвио выдвинул теорию, что *«образы целесообразно рассматривать как аспект понимания смысла или по крайней мере как неявную реакцию на словесные стимулы, которые опосредуют такие психолингвистические явления, как понимание, сохранение и создание связанного дискурса»* (1971, с. 28). Концепция, что изображения несут информацию, которая может способствовать улучшению понимания, подтверждает эффективность использования такого метода КПТ, как реструктуризация образов. Если ментальные образы имеют столь большое значение, то важно раскрыть их как часть внутренней речи и других инструментов познания, которые опосредуют поведение.

Другой ученый, Нарусэ, в ходе исследований (1986) обнаружил четыре аспекта психических образов, которые могут быть полезны для психотерапевтов.

Во-первых, действия с образами во время бодрствования протекают легче с практикой или опытом; другими словами, механизм раскрытия воображаемых образов может быть изучен.

Во-вторых, построение ментальных образов опирается как на прошлый опыт, так и на настоящий момент. Другими словами, то, что Нарусэ называет исходным образом, может при его вызове либо остаться

неизменным, либо измениться. Изменения формируются на основании текущих внутренних и внешних обстоятельств жизни человека.

В-третьих, воображение лучше всего работает в следующих условиях: *«психическое расслабление, пассивная концентрация, диссоциация от мира восприятия, медитативная концентрация, принятие воображаемого опыта, позитивная адаптация к воображаемому миру, погружение в воображаемый опыт, пребывание в состоянии медитативного или измененного сознания и т. д.»* (Naruse, 1986, с. 97).

Наконец, в-четвертых, ментальное воображение отодвигает на задний план внешние перцептивные навыки, но может обогатить внутреннюю познавательную деятельность.

Бугельский (1971) также обнаружил, что ментальные образы возникают ярче и чаще, когда тело расслаблено и находится в покое, и что они *«приходят к нам, когда мы относительно спокойны, не говорим или не можем говорить и, главное, не пытаемся вспомнить изображения»* (с. 57). Это открытие важно, поскольку обеспечивает понимание сновидений и обосновывает использование в терапии управляемых образов. В методе управляемых образов клиента просят расслабиться, прежде чем он представит различные виды деятельности или путешествия (Lusebrink, 1990).

Конечно, образы возникают независимо от того, спим мы или бодрствуем. Бугельский понимал, что образы обладают свойствами, которые больше похожи на процессы, чем на фиксированные сущности, и что они представляют собой нейронную активность в мозге реального человека или в его теле. Ментальные образы — это не статичные картинки, а скорее видеоряд, когда одно изображение сменяется другим. То есть образам присущи динамические качества. Поэтому Бугельский предложил рассматривать понятие «образ» как активный процесс, а не как категорию в смысле объекта, и воспринимать слово «образ» не как существительное, а как глагол.

Связь между образами и эмоциями является еще одной ключевой областью проводимых исследований. Холмс и Мэтьюс (2010) обнаружили, что эмоции становятся намного доступнее, когда они находятся в форме изображения по сравнению с их языковым описанием. Для связи между ментальными образами и эмоциями ключевую роль играет память. Конвей (2001), крупный исследователь в этой области, разграничивает автобиографическую память, которая непосредственно связана с человеком, от воспоминаний, которые содержат общие события. Конвей предположил, что автобиографическая память напрямую связана с образами, наполненными эмоциями. Для сравнения: языко-

вые воспоминания о событиях не связаны с образами и не нагружены эмоциями. Он выдвинул гипотезу, что образы являются основным каналом для возникновения возможности вспомнить высокоаффективные переживания или происшествия. Другими словами, образ обладает эмоциональной мощью благодаря прямому доступу к воспоминаниям о связанных с ним эмоциональных событиях, которые хранятся в автобиографической памяти.

В этой парадигме «воспоминания, основанные на образах, могут быть восстановлены напрямую из памяти (а не умышленно созданы). И когда они вдруг неожиданно появляются в сознании, то *«захватывают наше внимание»* (Nackmann et al., 2011, с. 35–36). Фактически люди могут переживать то, что запечатлелось в тревожном образе в далеком прошлом, как будто это действительность, происходящая в реальном времени. Таким образом, навязчивые образы имеют мощные и печальные последствия, особенно для тех, у кого на их основе возникло ПТСР (посттравматическое стрессовое расстройство). Предполагается, что образы могут быть связаны непосредственно со страхом и другими эмоциональными реакциями, заложенными эволюционной историей развития, где чувствительность к перцептивным стимулам являлась жизненно важной необходимостью, в прямом смысле обеспечивающей выживание человека в агрессивной внешней среде.

С учетом последних исследований в этой области становится понятным, почему ключевые техники КПТ, опирающиеся на образы, такие как реструктуризация образов и систематическая десенсибилизация, полезны для уменьшения эмоционального воздействия проблемных воспоминаний и связанных с ними образов.

Образность и нейросаенс

За последние два десятилетия нейрофизиологические исследования представили многочисленные доказательства, что за создание ментальных образов и за процессы восприятия отвечают одни и те же области мозга. Данные, полученные благодаря новейшим техническим достижениям, подтверждают результаты исследований ментальных образов и восприятия, полученные более 100 лет назад Мэри Перки. Уолкер и соавторы (2012) опровергли кажущиеся противоречия во время изучения концепции двойной диссоциации между образами и восприятием, обнаруженной у людей с поражениями головного мозга. Имеются практические наблюдения, что человек с подобным поражением мозга

может иметь ограниченную способность создавать образы, но его способности к восприятию остаются прежними, и наоборот, что, казалось бы, противоречит результатам Перки. Тем не менее после тщательного изучения результатов нейрофизиологических исследований Уолкер и соавторы (2012) пришли к выводу, что основным различием в понимании образов и восприятии является то, что образы включают многие психологические структуры и процессы, используемые также в восприятии; однако считается, что образы стимулируются этими процессами через нисходящие, а не восходящие пути. С этой точки зрения данные две функции тесно связаны между собой, так как образы используют тот же психологический процесс, что и восприятие. Однако поскольку инициирование этих процессов происходит по-разному (из внутренних источников в образах и внешних источников в восприятии), эти два явления диссоциированы (с. 295).

Пирсон и соавторы (2013) провели исследования трех важных компонентов ментальных образов: 1) создание изображений; 2) поддержание изображений; 3) проверка изображений. Их обзор показал, что ментальные образы могут быть созданы двумя путями — из непосредственного восприятия информации и из памяти.

Несколько исследований продемонстрировали, что существуют различия между изображениями, извлеченными из кратковременной и долговременной памяти, и в настоящее время имеются доказательства возникновения образов: изображения могут вызываться преднамеренно и могут возникать спонтанно. В клинической психологии спонтанные образы имеют высокий исследовательский приоритет, так как они часто обнаруживаются при таких расстройствах, как тревога, фобии и ПТСР. Эти исследования необходимы для лечебных целей, в то время как сознательно вызванные образы — это компетенция психологов, проводящих научные эксперименты. Пирсон также сообщил, что имеются документально подтвержденные неудачи в формировании образов при различных расстройствах, таких как длительное расстройство восприятия, депрессия, синдром дефицита внимания с гиперактивностью и врожденная слепота.

На основании исследований Кослина (Цит. по: Pearson et al., 2013) сделаны выводы, что ментальные образы легко разрушаются после их генерации. Причиной их кратковременности может быть включение общих с восприятием участков нервной системы, таких как затылочная кора и другие нервные субстраты, и, возможно, изображения быстро исчезают из сознания, чтобы не мешать нормальному восприятию. Распад

образа также может быть связан с истощением ресурсов внимания, необходимых для удержания изображения.

Наконец, Пирсон и соавторы установили (дальнейшие исследования подтверждают это предположение), что после возникновения изображение сохраняется в глубинных структурах мозга и может быть воспроизведено и использовано в когнитивной обработке. Косслин (Цит. по: Pearson et al., 2013) обнаружил, что нейронные процессы, задействованные для анализа сохраненного изображения, отличаются от тех, которые используются при генерации, преобразовании и обработке изображений. Это исследование показывает, что использование психических образов в лечении предполагает вовлечение нескольких частей мозга и доказывает пластичность нервной системы.

Дальнейшее изучение головного мозга показало, что затылочные, височные и теменные области коры активны и при создании образов, и при их восприятии. Для раскрытия обоих нейронных процессов применялись методы визуализации мозга (Kosslyn, Ganis, & Thompson 2001). В одном эксперименте делалось сканирование мозга, чтобы определить, какая его область активировалась, когда испытуемого просили представить линию определенного типа. Ученые обнаружили, что возбуждалась та же самая область мозга, когда человек использовал зрение, чтобы воспринимать тот же объект в окружающей среде. Таким образом, они доказали, что образы задействуют те же нейронные структуры, которые используются в восприятии, и что эти нервные структуры могут влиять на сенсорные события в самом теле. Основываясь на своих выводах, они предложили теорию функциональной эквивалентности между образами и восприятием. Этот вывод подтверждает возможность использования изображений в практике КПТ. Например, когда клиентов спрашивают, где они испытывают чувства или эмоции в своем теле, у них возникают ментальные образы, а также физические восприятия и ощущения. Терапевты используют информацию, предоставленную клиентами, чтобы понять, что означает их восприятие. Это исследование также поддерживает работу Кабат-Зинна (1982), применившего практики осознанности и медитацию для лечения хронической боли. Изображение боли и того места, где она находится в теле, являлось отправной точкой этого метода лечения.

Анализ образов в клинической практике

Есть многочисленные способы изучения образов. Пирсон с соавторами (2013) рассмотрели множество задач для исследования образов в клиническом и экспериментальном использовании и разбили их на четыре категории, соответствующие четырем когнитивным аспектам ментальных образов: 1) создание изображений; 2) поддержание изображений; 3) рассмотрение изображения; 4) преобразование и манипулирование изображениями. Авторы также изучили 25 показателей образов в следующих категориях: 1) использование и опыт образов; 2) повторное переживание образов и интрузивные (связанные) образы; 3) оценка ожидаемых образов; 4) оценка искажений в образах. (2)

Эта классификация может быть полезна для выбора клинических решений о применении образов в лечении. При использовании образов в любой психотерапевтической традиции авторы предлагают оценивать ментальный образ не в одной, а в нескольких категориях. Например, при работе с людьми, болеющими депрессией, было показано, что у них не страдают продолжительность или сохранность изображения, но им не хватает сенсорной и моторной обработки ментальных образов. Таким образом, использование образов может оказать поддержку при лечении депрессии методами КПТ, во время которого клиенты учатся воспринимать свои образы и управлять ими.

Чтобы понять значение образов в лечении других диагностических групп, Пирсон и соавторы призвали провести дополнительные исследования с использованием уже имеющегося опыта собранных данных, чтобы можно было составить рекомендации для терапевтов КПТ-подхода, как использовать образы в лечении различных заболеваний.

Резюме

Ментальная визуализация была важным фактором человеческой жизни на протяжении веков. В настоящее время существует достаточно много психологической литературы, в которой содержатся накопленные данные об этом важном познавательном процессе. Тем не менее достичь полного понимания природы образов до сих пор не удалось. Основываясь

на столетних исследованиях, можно сказать, что изображения являются мощным аспектом познания. Возможно, для понимания того, как люди думают и учатся, образы окажутся столь же важными, как восприятие и язык. Уже раскрыты некоторые способы помощи клиентам в создании ими ментальных картин. Существуют также доказательства того, что использование образов в психотерапевтическом процессе существенно влияет на достижение позитивных изменений. Большинство психотерапевтических традиций включает изображения в инструменты лечения. Опираясь на недавние исследования, мы теперь понимаем силу образов в памяти, особенно когда они связаны с личными (то есть автобиографическими) событиями.

Сейчас клиницистам доступны многочисленные клинические способы оценки, понимания и обработки имажинативного материала клиентов. В настоящее время исследования сосредоточены на изучении нейрофизиологии возникновения образов. На сегодняшний день доказано, что образы формируются в нескольких участках мозга и используют ту же неврологию, что и восприятие. Но в проверке изображений участвует иная часть мозга, чем для их формирования.

Понимание того, что ментальные образы жизненно важны для практики КПТ, может помочь арт-терапевту принять когнитивно-поведенческие подходы в арт-терапии. Поэтому столь важно обсудить использование мысленных образов в КПТ в качестве прелюдии к пониманию обеих этих терапевтических традиций.

ИСТОРИЯ ОБРАЗОВ В КПТ

С момента своего возникновения когнитивная терапия подчеркивала роль ментальных образов (Holmes, Arntz & Smucker, 2007). Умственная деятельность может включать слова и фразы (вербальные когниции) или образы (визуальные когниции) (Beck, 1976). Аффективные расстройства могут быть связаны как с визуальными, так и с вербальными когнитивными процессами, а модификация тревожных визуальных когнитивных процессов способна привести к значительным когнитивным и эмоциональным сдвигам (Beck, Цит. по: Holmes et al., 2007).

Поскольку в КПТ образы являются важным фактором психологического восприятия, необходимо изучить историю работы с образами в этой терапевтической школе. Для лучшего понимания этого вопроса полезно обсудить теоретических и терапевтических предшественников КПТ.

Согласно Д. Эдвардсу (2007), КПТ заимствовала работу с образами из нескольких психотерапевтических традиций, знакомых также и арт-терапевтам, включая те, которые поддерживали Анна Фрейд, Пиаже, Морено и Перлз. Например, Д. Эдвардс (2011) обнаружил, что психодрама Морено имеет некоторые общие черты с использованием образов в лечении КПТ. В психодраме пациент разыгрывает сцены, чтобы раскрыть конкретные детали травматического опыта. Сцены начинаются с воспоминаний и воображения (мысленных образов) проблемной ситуации, а затем разыгрываются перед психодраматической группой.

В начале 1980-х годов первооткрыватели КПТ обнаружили, что в их работе могут быть использованы гештальт-методы (D. Edwards, 2007). Бек (1970) выдвинул гипотезу, что искаженные убеждения могут возникать из схем, сложившихся в детстве, что напоминает как принципы Пиаже, так и гештальта. Д. Эдвардс (2007) признал, что одно из самых сильных влияний на современные методы работы с образами в КПТ оказали принципы гештальта. Перлз (Цит. по: D. Edwards, 2011) указывал, что схемы, несущие эмоциональный заряд, порой трудны для раскрытия, но если оставить их непереработанными, терапия будет незавершенной. Одним из способов раскрытия незаконченного гештальта было использование «горячего стула». Вызов интенсивных образов являлся необходимым компонентом упражнения. При его выполнении, чтобы раскрыть суть неприятных переживаний, клиент свободно выражает свои самые сильные эмоции (D. Edwards, 2011). Кроме того, Перлз часто начинал сеансы с просьбы закрыть глаза и вспомнить образы сновидений или другие спонтанные мысленные образы; они могли послужить отправной точкой для сессии. Перлз также понимал, что для эффективного лечения чрезвычайно важным было сохранение пристального внимания к сосредоточению «здесь и сейчас» с одновременным самонаблюдением от момента к моменту. Тщательное изучение «здесь и сейчас» открыло возможности сделать принципы гештальт-практик частью когнитивно-поведенческой терапии, а также подходов осознанности третьей волны. (3)

Первоначальные когнитивные подходы к поведенческой терапии были основаны на идее, что схемы с сильным эмоциональным зарядом могут быть изменены, и мысленные образы играли важную роль в методах смягчения жестких эмоциональных схем. Два таких метода (систематическая десенсибилизация и скрытое моделирование) используют ментальные образы, чтобы рассмотреть самого себя в стрессовой ситуации. Систематическая десенсибилизация, которая была разработана Вольпе (1958), использовала образы, чтобы помочь клиентам управлять фобиями. В рамках систематической десенсибилизации клиент может определить трудный или опасный объект или ситуацию. Процедура была относительно простой, так как требовала от клиента перечислить в иерархической форме наиболее пугающие ситуации. Эти ситуации служили основой для формирования зрительных образов. Релаксация также является ключевым компонентом систематической десенсибилизации. Во-первых, клиентов обучают упражнениям на расслабление — и как только поступает сигнал о том, что они расслаблены, терапевт просит представить себе наименее опасную стрессовую ситуацию. Во время лечения клиент поднимается по ступеням иерархии стрессовых событий, используя ментальные образы каждой ситуации. Цель состоит в том, чтобы уменьшить общую тревожную реакцию за счет переработки каждого события в списке.

Арнольд Лазарус, учившийся у Вольпе, «использовал образы не только для снижения чувствительности к тревоге, но и для репетиции новых навыков самоутверждения, решения проблемных ситуаций, преодоления ожидаемых проблем и улучшения связанных со стрессом состояний, таких как гипертония, спастика кишечника и дерматит» (D. Edwards, 2011, xl). Это привело к появлению еще одного важного метода ранней поведенческой терапии, в основе которой лежали образы, — скрытого моделирования. Клиента просят представить, как он мог бы действовать в стрессовой ситуации наилучшим образом с помощью воображения, а не в реальной жизни. Как только клиент достигает успеха в воображаемых сценариях, у него появляется возможность справиться с фобиями и страхами в естественной среде. Продолжаются споры о том, являются ли воображаемые сценарии столь же эффективными, как и упражнения «на месте». Тем не менее

образные упражнения подготавливают клиента к тому, чтобы справиться с реальными ситуациями.

Приведенные исторические методы использовали ментальные образы для изменения реакций возбуждения, возникающих в сложных ситуациях, однако в процессе лечения эмоциональный заряд этих образов в значительной степени оставался без внимания в пользу смягчения самой реакции страха.

Аарон Бек счел, что первоначальные варианты использования этих двух методов давали слишком ограниченные результаты. Он предпочел взять за основу другую работу Лазаруса (Lazarus, 1971), в которой клиентам предлагалось представить позитивные образы своего будущего (Holmes et al., 2007). Со временем Бек вернулся к ранним методам работы с образами. В рамках текущих подходов к КПТ Бек также будет поощрять понимание значения стрессового объекта или события и станет советовать рассматривать аффективный компонент как мишень для лечения КПТ (Hackmann et al., 2011). (4)

Сны и грезы в КПТ

В начале развития КПТ образы сновидений считались связующим звеном между психоанализом и когнитивными процессами. Аарон Бек (цитируется в Rosner, 2002) приступил к раскрытию роли познания в психотерапии в конце 1950-х годов. Часть его ранней работы включала желание соединить психоаналитическое мышление и методы поведенческой терапии. Эта цель побудила его провести исследование снов в рамках своей работы по лечению депрессии. Поскольку Бек считал эмпирические методы исследования золотым стандартом психологических научных изысканий, он сосредоточился на фактических данных, полученных в процессе экспериментов, без учета приверженности к конкретной теории. Его исследование снов (Бек, 1971) не подтвердило несколько основополагающих принципов психоанализа, включая «сны как исполнение желаний», поэтому он решил, что изучение сновидений должно быть сосредоточено на очевидном содержании сновидений и *«оставаться на уровне переживаний пациента [скорее], чем выводить на какой-то основной процесс»* (с. 171). Бек обнаружил, что содержание сновидений у депрессивных людей было *«аналогично страданиям депрессивного пациента, которое он переживал в своей бодрствующей жизни»* (с. 208). Он также выяснил, что материал сновидения показывает, как люди видят: а) себя; б) окружающий мир;

в) свое будущее, и назвал три этих основных сферы негативных оценок когнитивной триадой.

С ночными сновидениями схожи дневные грезы, иначе — мечтания. Сингер (1975) долго изучал мир дневных мечтаний и обнаружил, что это естественный процесс, свойственный многим людям, и он не является патологией. Благодаря различным экспериментам он выяснил, что большой процент дневных мечтаний ориентирован на будущее и сугубо практичен. Используя парадигму обработки информации, Сингер установил, что дневное мечтание — это позитивное явление. Исследовательская группа Сингера обнаружила, что подростки мечтают чаще, чем зрелые и пожилые люди. Большинство их мечтаний имеют предвосхищающий компонент, и есть доказательства в поддержку гипотезы о том, что и содержание сновидений в подростковом возрасте — это тоже подготовка к будущему.

Сингер также изучил научную литературу, в которой нашел, что подростки с богатым воображением с большей вероятностью склонны к изучению и последующему размышлению над множеством обстоятельств, которые включают в себя анализ последствий поведения, способного стать рискованным. Они также демонстрируют большую по сравнению со сверстниками креативность и продуктивность. По словам Сингера, есть исследования, которые показывают, что подростки-правонарушители не способны думать о прошлом или представлять себе будущее так же детально, как их сверстники. Из этого следует, что помощь подросткам с проблемами поведения путем развития у них навыков воображения и мечтаний может оказаться полезной для развития просоциального поведения.

Конечно, работа со снами и грезами наяву включает в себя работу с образами. Ранние когнитивно-поведенческие терапевты понимали, что беспокоящий сон или образ часто напрямую связаны с депрессией или тревогой и что работа по снятию напряжения с образов ведет к уменьшению первоначального возбуждения (Freeman & White, 2002). По мнению этих авторов, если клиент на сессии упоминает сон, когнитивно-поведенческий терапевт постарается помочь разобраться с его содержанием (терапевту стоит быть готовым к этому). Они предложили протокол записи сновидений (DL), а также 15 правил работы со сновидениями в традиции КПТ. DL используется для записи снов. После того как сон был описан, клиенту дается задание провести запись анализа сна (DAR). Она включает запись даты сновидения, краткий его обзор, оценку эмоционального содержания сновидения, перестройку образа сновидения и переоценку эмоционального воздействия после перестройки. DAR обсуждается с клиентом на сессии и является частью лечения КПТ.

15 ПРАВИЛ ФРИМЕНА И УАЙТА ПО ИСПОЛЬЗОВАНИЮ СНОВ В КПТ

- ❖ Сон должен быть понят в тематических, а не в символических терминах.
- ❖ Тематическое содержание сна уникально для каждого пациента и должно рассматриваться в контексте его жизни.
- ❖ Конкретный язык и образы сна важны для понимания его значения.
- ❖ Аффективные реакции, присущие сновидению, можно рассматривать как сходные с аффективными реакциями пациента в соответствующих ситуациях бодрствования.
- ❖ Конкретная продолжительность сновидения имеет меньшее значение, чем его содержание.
- ❖ Человек сам отвечает за пересказ своего сна.
- ❖ Содержание и образы сновидений поддаются тому же когнитивному реструктурированию, что и автоматические мысли.
- ❖ Сны могут быть использованы, когда клиент «застрял» в терапии.
- ❖ Материал и образы сновидения будут отражать схему клиента.
- ❖ Сны должны рассматриваться как часть повестки дня сессии.
- ❖ Следует вдохновлять клиента на систематическое описание снов в соответствии с заданным регламентом.
- ❖ Клиент должен развивать навыки реструктуризации негативных или дезадаптивных изображений сновидения в более функциональные и адаптивные изображения.
- ❖ Клиент должен попытаться извлечь «мораль» из сна.
- ❖ Образы сновидений, если это уместно, могут быть использованы в терапии в качестве условных моделей.
- ❖ Сбор и анализ содержания сновидений следует использовать в качестве стандартного домашнего задания.

Freeman & White, 2002, с. 45–48

Авторы исходили из предположения, что использование пересказов и изображений сновидений в когнитивно-поведенческой терапии по-

могает пациенту преодолеть первичные симптомы и затем приступить к самоисцелению. После прохождения кратковременного курса терапии пациентам рекомендуется начать самостоятельно реструктурировать образы травмирующих их сновидений. Оценка и переоценка эмоционального содержания и сопутствующий им регулярный контроль путем ранжирования изображений позволяют измерять, насколько метод реструктуризации эффективен для клиента.

Образность и самоэффективность

В то время когда Аарон Бек изучал, как сны и образы отражают когнитивные искажения клиентов, другие психологи рассматривали иные аспекты мысленных образов. Например, Альберт Бандура (1977) изучал влияние мысленных образов на развитие самоэффективности в случае использования подходов КПТ. По словам Сингера (1974), Бандура создал модель образов, подходящую для когнитивного подхода к теории обучения. Размышления Бандуры над природой образов были связаны с символическим моделированием (в отличие от поведенческого моделирования). В то время как его строгие коллеги-бихевиористы использовали моделирование исключительно для изменения поведения, он предположил, что через символическую форму моделирование также работает и внутренне. Его исследования способствовали пониманию того, что ментальные образы связаны с обучением. Бандура предположил, что наиболее эффективное обучение включало взаимодействие между внутренними символическими представлениями в визуальной форме и вербальным кодированием этих представлений. В ходе исследований Бандура (1977) и коллеги обнаружили, что символическое моделирование способствует развитию внутреннего самоконтроля и саморегуляции.

Другие терапевтические техники с использованием образов также способствуют повышению самооценки и самоэффективности. Например, систематическая десенсибилизация и скрытое моделирование *«часто уменьшают негативное влияние воображаемой ситуации, что дает человеку дополнительное ощущение того, что у него есть навыки преодоления таких ситуаций»* (Singer, 2006, с. 109). Сингер и Поуп (1978) предположили, что образы могут быть использованы как конструктор для адаптивного эскапизма, самосознания, саморегуляции и биологической обратной связи, а также для творчества и эстетического опыта. Они утверждали:

«Познание самоэффективности в форме образов, фантазий или самокоммуникаций в той или иной форме определяет, сможем ли мы

иницировать определенные типы поведения и если да, то как долго мы сможем им следовать или сколько усилий для этого потратим. Образ себя, справляющегося с трудностями, поможет клиенту выстоять в ситуациях, которые считаются опасными или неприемлемыми» (с. 26–27).

Мейхенбаум (1978) определил три важных результата использования образов для развития самоконтроля и самооффективности с помощью КПТ:

1) возникающая способность контролировать и повторять мысленные образы усиливает контроль над эмоциями и поведением;

2) образы играют важную роль, помогая клиентам переосмыслить проблему, что в свою очередь меняет смысл проблемы и, как следствие, смягчает случаи проблемного поведения;

3) образы помогают в мысленной репетиции альтернативного поведения, которое ведет к развитию навыков преодоления трудностей.

Сингер также выдвинул гипотезу, что образы полезны для возникновения более благоприятных ожиданий от повышения самооффективности. Сейчас в КПТ используются многочисленные методы визуализации, разработанные на основе работ Бека, Бандуры, Мейхенбаума и Сингера.

Резюме

История использования изображений в лечении начинается с Жана в 1880-х годах, а история использования образов в лечении КПТ началась почти так же давно. Хотя образы не описывались напрямую, они играли существенную роль как в систематической десенсибилизации, так и в скрытом моделировании. Тем не менее долгое время эти методы не находили широкого практического применения из-за недостаточного внимания к эмоциональному содержанию и недооценки важности проблем, которые требовали подобных терапевтических вмешательств.

Аарон Бек одним из первых заявил, что понимание снов и других форм образов повысит эффективность лечения КПТ. Он работал с людьми, страдающими от депрессии и тревоги. На основе исследований их сновидений у Бека появилась гипотеза, что содержание снов аналогично проблемам, имеющимся в жизни этих людей и во время бодрствования. Он также работал с людьми, испытывающими сильную тревогу. В своей книге о КПТ по работе с тревогой (Beck & Emery, 1985) Бек описал несколько высокоэффективных в подобных случаях методов воображения (воображаемых сцен), а также когнитивные аспекты образов сновидений (Beck, 1971; Rosner, 2002).

Согласно Хакманну и соавторам (2011), терапевты КПТ исследовали значение образов для многочисленных расстройств и *«изучили связи между навязчивыми образами и памятью в психопатологии, взаимосвязь между образами и эмоциями, а также описали прямые и косвенные интервенции, направленные на изменение когнитивных функций и влияние образов на эти процессы»* (с. 6).

СОВРЕМЕННОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОБРАЗОВ В КПТ

Пирсон и соавторы (2013) проанализировали возможности использования современных методов визуализации для терапии в нескольких диагностических группах, включая ПТСР, социальную тревогу, шизофрению и биполярное расстройство личности. В результате своего исследования они смогли точно определить конкретные терапевтические вмешательства и найти обоснование для применения различных методов визуализации, используемых для каждой диагностической группы. Согласно Холмсу, Арнцу и Смакеру (2007), *«методы визуализации в КПТ основаны на предпосылке, что образы оказывают сильное влияние на эмоции и что психические образы в клинических условиях могут быть мощным психотерапевтическим инструментом для облегчения эмоционального расстройства»* (с. 298). В итоге различные методы визуализации были включены в протоколы КПТ для нескольких диагностических групп, включая ПТСР, социальную фобию и расстройства личности.

Целью визуальных техник является уменьшение и/или преобразование беспокоящих эмоций, которые мешают повседневной жизни, после чего поведение возвращается в норму. Хакманн и соавторы (2011) отметили три общих свойства, лежащих в основе методов КПТ при работе с интрузивными образами:

- 1) создание рефлексивной метакогнитивной позиции, когда клиент может и хочет размышлять над деталями своих образов (или их отсутствием) и держать эти аспекты в сознании, создавая возможность расширения наблюдаемого поля;
- 2) представление в воображении тревожных образов, сопровождающих их деталей и аффектов и/или признание отсутствия здоровых образов. Это создает поле для размышлений, а также для когнитивных и метакогнитивных изменений;
- 3) преднамеренное введение старой или новой противоположной информации для изменения негативных образов и/или их значений

или для создания позитивных образов и проведения воображаемой релаксации новых возможностей (с. 47).

Важно отметить, что одновременно существуют техники КПТ, направленные на негативные образы, и такие, которые способствуют возникновению позитивных образов (Hackmann et al., 2011). Наконец, есть методы СВТ, непосредственно работающие с изображениями (речь идет в том числе об экспозиционной терапии и манипуляции с изображениями).

Методы непрямых изображений, которые являются частью КПТ третьей волны или осознанности, работают с ментальными образами с позиции наблюдателя. (5)

Далее идет обзор используемых в КПТ трех методов работы с прямыми образами.

Снижение частоты появления навязчивых образов

Смакер (1997) отметил, что большая часть когнитивно-аффективных нарушений при ПТСР возникает из-за связанных с травмой воспоминаний, встроенных в травматические образы. Непосредственные вызовы и изменение травматических образов становятся мощным, если не предпочтительным средством обработки травматического материала. Повторное переживание мучительных событий является ключевым компонентом связанных с травмой расстройств, таких как ПТСР и другие подобные состояния, связанные с тревогой. Хакманн и Холмс (2004) описали два ключевых компонента навязчивых образов: 1) они значимы в контексте травмы; 2) у них имеется ошибочный контекст определения времени и места. Авторы добавили, что навязчивые изображения появляются спонтанно и, как правило, содержат нечто опасное, несут некую угрозу для самого клиента.

Элерс и Кларк (2000) предложили изучать навязчивые образы максимально подробно — их детальное словесное описание и возникающие при этом чувства. Этот тип экспозиционной терапии может быть ключом к снижению частоты непроизвольного возникновения травмирующего изображения. Хотя данная техника вызывает у клиента тяжелые воспоминания, она является одним из наиболее действенных методов, особенно если клиент может связать изображение с другими автобиографическими воспоминаниями. После подобного вмешательства клиент осознает, что навязчивый образ является всего лишь одним из многих воспоминаний, которые составляют его прошлое.

Сосредоточение внимания на горячих точках травматической памяти является еще одним подходом КПТ (Holmes, Gray, & Young, 2005). Вместо того чтобы пытаться разобраться во всем травмирующем сценарии, клиента просят определить наиболее сложные аспекты травматического образа. Горячие точки, где аффект наибольший, выступают мишенями терапии. Клиента просят подробно описать проблемные воспоминания. Негативное влияние этих образов постепенно раскрывается — и в результате их интенсивность снижается.

Другой метод КПТ — разложение прежнего и создание альтернативного изображения — разработали Баддли и Андраде (2000). В этом случае травмирующее изображение стирается, вместо него клиенту предлагают создать новое изображение.

Иные техники КПТ, а именно рескриптинг и использование положительных образов, описаны ниже.

Изменение значения негативных образов и рескриптинг

Лучшее понимание роли образов в памяти и познании привело к тому, что специалисты по КПТ нашли новые способы корректировки негативных эмоциональных реакций клиентов на имеющиеся у них психические образы. По словам Холмса, Арнца и Смакера (2007), первым эту технику использовал Пьер Жане в 1919 году. В то время Жане назвал свой метод заменой рабочего образа (замена одного мысленного образа другим).

Чтобы понять основу теории рескриптинга (переписывания) образов — РО (англ. image rescripting — IR), необходимо вернуться к работам Пайвио. По мнению Пайвио (1971), ментальные образы несут определенный смысл и способствуют пониманию событий. Негативные, навязчивые, аффектированные образы, мысли и воспоминания приводят к соответствующему пониманию событий и формируют убеждения, которые часто наносят ущерб благополучию клиента, так как они лежат в основе множества психологических проблем (Holmes et al., 2007). Опираясь на исследования Пайвио, в настоящее время КПТ включает в себя методы визуализации, которые помогают изменить травмирующее изображение. Этот метод особенно важен для терапии ПТСР и других тревожных и депрессивных расстройств.

Цель РО (IR) — обновить сложные или травмирующие образы (Wild & Clark, 2011). РО (IR) используется для изменения оценки негативных

или травмирующих воспоминаний и для преобразования травматических образов в адаптивные (Arntz & Weertman, 1999). Когнитивная реструктуризация, которая включает в себя идентификацию, проверку и изменение неадаптивных мыслей, часто используется в сочетании с РО (IR). Существуют доказательства того, что когнитивная реструктуризация без РО (IR) не столь эффективна, поскольку не направлена на тревожные мысленные образы, а ведь именно они придают искаженному мышлению его аффективную силу.

Как правило, РО (IR) включает три стадии (Hackmann et al., 2011; Smucker, Dancu, Foa, & Neideree, 1995). Первая стадия — это переживание травмирующей сцены или воображаемого воздействия глазами ребенка или подростка. На втором этапе клиент входит в травмирующую сцену взрослым (таким, какой он сегодня) и наблюдает за происходящим. Далее клиента просят войти в воображаемую ситуацию, чтобы успокоить ребенка и попытаться понять, что еще нужно ребенку от взрослого. Хотя это похоже на другие методы КПТ, РО (IR) *«выходит за рамки простого воспоминания не только путем изменения изображений травмирующего события, но также путем создания более адаптивных схематических представлений о нем»* (Smucker et al., Цит. по: Wheatly et al., 2007, с. 372). Есть два типа РО (IR). В типе А негативные образы *«трансформируются в более мягкие изображения»* (с. 298). В типе В положительные образы создаются для противодействия негативным последствиям изображения (Holmes et al., 2007).

Использование РО (IR) в настоящее время широко распространено и включает работу с людьми, страдающими ПТСР (Grunert, Weis, Smucker, & Christianson, 2007), последствиями сексуального насилия в детстве (Arntz & Weertman, 1999; Smucker et al., 1995), депрессией (Wheatly et al., 2007), имеющими суицидальное поведение (Holmes et al., 2007), социальную тревогу (Wild & Clark, 2011), булимию (Somerville, Cooper & Hackmann, 2007), обсессивно-компульсивное расстройство (Speckens, Hackmann, Ehlers, & Cuthbert, 2007) и расстройства личности (Arntz, 2011).

Создание позитивных образов

Холмс и соавторы (2007) предположили, что *«образы оказывают более сильное воздействие на положительные эмоции, чем слова, и поэтому когнитивно-поведенческие методы, используемые для стимулирования позитивных изменений, также должны использовать образы»* (с. 300). Согласно Сингеру (2006), положительные образы могут быть задей-

ствованы в различных терапевтических ситуациях. Лазарус (1971) писал, что эмоциональная терапия — это использование приятных и успокаивающих образов для противодействия вызывающим тревогу негативным мыслям. Преимущественно выбираются спокойные картины природы попеременно с вызывающими тревогу изображениями, при этом уменьшается реакция реагирования на сложные ситуации. Для снижения состояния возбуждения также могут быть взяты изображения положительного жизненного опыта самого клиента.

Положительные изображения могут помочь систематической десенсибилизации во время лечения многочисленных фобий, особенно когда методы релаксации недостаточно продуктивны. Сами процессы релаксации тоже могут стать более эффективными с помощью положительных изображений в нескольких методах КПТ, включая скрытое подкрепление (Singer, 1974). Скрытое моделирование может стать более результативным, если использовать положительные образы в качестве подкрепления в стрессовых ситуациях (Singer, 2006). Хакманн и соавторы (2011) обнаружили, что позитивные образы могут помочь сформулировать как цели терапии, так и новые навыки совладания, а также содействовать более четкому планированию изменений в жизни. Позитивные образы применяются для снижения нервозности и беспокойства во время болезней или болезненных медицинских процедур.

Резюме

История использования изображений в лечении начинается с Жана в 1880-х годах, а история использования изображений в лечении КПТ началась достаточно давно. Хотя на этом не делалось акцента, образы играли жизненно важную роль, как в систематической десенсибилизации, так и в скрытом моделировании. Тем не менее из-за недостатка внимания к эмоциональному содержанию долгое время эти методы критиковались, что привело к игнорированию проблем, которые нуждались в подобных терапевтических вмешательствах. Как только терапевтическая ценность образов вышла на первый план, было обнаружено, что образы могут усиливать две эти ранние техники когнитивно-поведенческой терапии и привносить в них большее эмоциональное содержание, необходимое для решения многих терапевтических задач.

Аарон Бек был одним из первых, кто осознал, что на ранних этапах терапевтических вмешательств не достигалось должного понимания

эмоционального содержания проблем клиента, в связи с чем он решил, что понимание снов и других форм образов увеличит общую эффективность лечения КПТ. Наиболее широко известна его работа с людьми, страдающими от депрессии и тревоги. Исследования образов сновидений клиентов с депрессией привели Бека к гипотезе, что содержание снов является аналогом проблем этих людей в их бодрствующей жизни. Он также работал с тревожными людьми. Бек идентифицировал различные методы визуализации (воображаемые сцены) в своей книге по работе с тревогой в когнитивно-поведенческой терапии, где он также описал когнитивные аспекты образов сновидений (Beck, 1971, 2002).

Три области, в которых были достигнуты значительные успехи, — уменьшение количества интрузивных образов, изменение негативных образов и развитие позитивных образов. Интеграция образного материала в КПТ для решения этих трех задач является весьма важной для современной практики КПТ. Наконец, было установлено, что недавнее включение рескриптинга РО (IR) в КПТ способствует снижению тревожности при ПТСР, лечению депрессии и других расстройств. РО (IR) помогает клиентам изменить смысл навязчивых мыслей и травмирующих образов.

ЭМОЦИИ КАК КОГНИЦИИ

Из этого не следует, что эмоция как таковая однозначно независима от познавательных усилий, и мы не можем должным образом сделать вывод, что познание в общем случае свободно от влияния на него эмоциональных проявлений. В действительности эмоция без познания слепа, и, как я надеюсь в дальнейшем показать, познание без эмоции пусто.

I. Scheffler, 1991, с. 3

Д. Эдвардс (Greenberg and Safran, 1984) опроверг мнение, что когнитивный процесс можно отделить от эмоций, и провозгласил, что «нет аффекта без познания и нет познания без аффекта» (с. 569). Именно таких взглядов придерживаются теоретики и практики КПТ. Хофманн и Асмундсон (2008) утверждают, что КПТ ориентирована не только на изменение мыслей. Несомненно, КПТ одновременно направлена на изменение поведенческих реакций, на которые главным образом

вливают познание и восприятие окружающей среды. В то же время, как подчеркивают авторы, КПТ затрагивает все аспекты психологического расстройства, включая эмоциональные переживания.

Исследование эмоций — дело непростое и в последние десятилетия включает в себя нейрофизиологию как способ их изучения. История понимания и разностороннего изучения эмоций довольно долгая, поэтому наш обзор будет ограничен когнитивной основой эмоций и эмоционально-когнитивными связями. Главным фактором, объединяющим эти два конструкта, является понимание того, что эмоции выполняют адаптивную функцию для познания. Эмоции не только предупреждают человека об угрозах, опасностях или о чем-то приятном, но также побуждают к действию. Благодаря нашему статусу высших существ мы также когнитивно оцениваем потенциальные изменения, которые могут возникнуть в нашей среде, и даже на воображаемую опасность может возникнуть эмоциональная реакция.

Ранние рассуждения о связи между эмоциями и когнициями

Согласно Самойлову и Гольдфриду (2000), у ранних поведенческих теоретиков и практиков взгляды на эмоции были похожи на понимание эмоций философами-стоиками — в том смысле, что эмоции *«препятствуют рациональному мышлению и поведению»* (с. 374). Например, Самойлов и Гольдфрид, цитируя работы Уотсона 1924 года и Скиннера 1953 года, показали, что они оба в своих теориях поведения игнорировали эмоции. Уотсон считал, что эмоции унаследованы от далеких предков и поэтому разрушительны и что с помощью обучения можно смягчить их силу. Скиннер, как и Уотсон, полагал, что эмоции пагубны и являются побочным продуктом влияния окружающей среды. Эти идеи проистекают из философии стоицизма.

Стоики, одни из первых философов, обратившихся к эмоциям (III век н. э.), предполагали, что эмоции не служат никакой адаптивной цели. В философии стоицизма считалось, что эмоции мешают рациональному поведению, поэтому звучали призывы минимизировать влияние страсти и других эмоций, чтобы жить спокойной жизнью (Рассел, 1945). Стоики утверждали, что эмоции — это автоматические реакции, которые неподвластны нашему контролю, поэтому они сосредоточились на том, что, с их точки зрения, контролировать все же было возможно. Чтобы ослабить силу деструктивных эмоциональных реакций, стоики поддер-

живали навыки по развитию самоконтроля. Подобный взгляд на эмоции совместим с ранними теоретиками поведенческих подходов, такими как Эллис (1962), чья модель терапии призвала клиентов более рационально думать о своем опыте (но он добавлял, что этого достичь совсем непросто).

Понимание эмоций как вредных проявлений преобладало у некоторых рационалистов, например у Дьюи (1895). Дарвин в своем эволюционном исследовании изучал эмоциональные реакции человека еще в 1872 году и пришел к выводу, что они являются пережитками реакций млекопитающих на адаптацию или угрозу в окружающей среде. Другие известные теоретики, такие как Фрейд и Стрейчи (1930/1961), Уотсон (1924) и Скиннер (1953), соглашались с тем, что функциональные возможности эмоций содержат следы нашего эволюционного прошлого и поэтому разрушительны. На основании взглядов Дарвина они отстаивали мнение, что обуздание эмоций может восприниматься как средство достижения психического здоровья (Keltner & Gross, 1999).

Однако Дарвин делал акцент на том, что организмы реагируют на окружающую среду исключительно для адаптации. Понимание этого положения могло иметь и другие трактовки. Теория Дарвина показывала психологам и философам, что в большинстве случаев реакция организма естественная и автоматическая. Однако, согласно Эллсворту и Смиту (1988), высшие существа не только реагируют, но и интерпретируют то, что происходит в окружающей среде. Эти интерпретации, особенно те, которые влияют на потребности, также вызывают эмоции. Эмоции мотивируют действия, но вместо того, чтобы быть всегда автоматическими или инстинктивными, как у менее сложных организмов, у людей они могут быть одновременно и адаптивными, и гибкими.

В настоящее время большинство психологов, изучающих эмоции, считают, что они функционально важны в нашей жизни, и согласны с тем, что эта функция связана с когнитивной оценкой и адаптацией к окружающей среде (Gross, 1998; Keltner & Gross, 1999). Такой взгляд на эмоции позволяет исследователям изучать причины и сопутствующие воздействия эмоций на жизнь человека, а также исследовать влияние эмоций на его социальное и физическое выживание.

Ричард Лазарус и Крейг Смит (1988) считали, что для исследования и практики когнитивно-поведенческой терапии при обработке эмоциональных реакций крайне важно прояснить разницу между двумя типами когнитивной информации, а именно между знаниями и оценкой. Они установили, что знание представляет собой накопленные о событии факты, *«тогда как оценка определяет вероятность благополучного исхода события»* (с. 281). Именно так — с определением

вероятности благополучного исхода — оценивается ситуация, которая приводит к эмоциональному отклику и адаптации. Исследователи предположили, что существует два типа знаний — общие и контекстуальные. Общие знания легко понимаются как данные, описывающие ситуацию, но также включают в себя понимание того, кем мы являемся, наши взгляды, убеждения и в целом общий образ того, как мы себя видим. Контекстуальные знания соотносятся с восприятием конкретного события или ситуации. Авторы указали, что как общие, так и контекстуальные знания могут быть точными или неточными и даже ошибочными и что оба типа знаний являются неотъемлемой частью реакции на ситуацию или событие. Они утверждали, что не само по себе знание ведет к эмоциям, а скорее оценка ситуации, которая в свою очередь приводит к оценке того, может ли это повлиять на благополучие. Лазарус и Смит писали:

«Чистое познание хотя и необходимо, но само по себе недостаточно для того, чтобы вызвать эмоцию. Только основанная на этом познании личная оценка значимости контакта является одновременно необходимой и достаточной для возникновения эмоции. Каждая положительная эмоция отражает некую оценочную пользу, а каждая отрицательная эмоция отражает некий оценочный вред» (с. 283).

Оценка события может привести к адаптивным эмоциям и соответствующим действиям (например, человек оценил, что находится в опасности, испытал страх и, наконец, предпринял шаги, чтобы избежать опасности или снизить ее уровень). В то же время оценка может быть неточной или основанной на прошлых опасных ситуациях и, как следствие, способна вызывать неадаптивные эмоции и соответствующие действия. Например, боевой ветеран может интерпретировать звук выхлопной трубы автомобиля как выстрел, этот звук может стать стимулом его возбуждения, и он, чтобы спастись, упадет на землю.

После того как возникло понимание, почему оценки являются столь важным компонентом эмоциональных реакций, когнитивно-поведенческие терапевты приступили к разработке стратегий, способных раскрыть, каким же образом клиенты оценивают ситуации.

Эмоции, связанные с оценкой

Оценочная модель эмоционального возбуждения является лишь одной из многих теорий человеческих эмоций, и все же она заняла центральное место. Согласно Коппину и Сандеру (2013), модель

оценки содержала в себе два подхода. Первый подход изучал оценку с использованием модели обработки информации, а второй использовал модель оценочной когнитивной обработки. Именно второй вариант оценки, разработанный в КПТ, и будет у нас в центре внимания.

Теория оценки возникновения эмоций, как указано выше, была впервые подробно описана Лазарусом, но в ее основе лежат более ранние работы. Например, Крейтлер и Крейтлер (1972), пытаясь выяснить эволюцию личного смысла оценки, обнаружили, что динамика возникновения значимости состоит из двух частей: «что это значит в целом» и «что это значит лично для меня». Компонент «что это значит для меня» был довольно новой, но эффективной конструкцией в поиске понимания того, как люди создают смысл, и в результате стал основным при дальнейшем развитии этого направления. Он помогал понять, чему и как люди придают значение, и был важен для разработки научной концепции понятия оценки.

Арнольд (Цит. по: Corpin and Sander, 2013) также была пионером в создании модели оценки. По ее предположениям, каждая структура оценки должна приводить к различным типам эмоций. На данный момент отсутствуют научные данные, подтверждающие эту гипотезу.

Лазарус (1968) предложил теорию, согласно которой оценка происходит в три этапа. Первый этап (первичная оценка): когда в окружающей среде индивид распознает стимул и оценивает его значение для своего благополучия. Вторичная оценка касается анализа ресурсов, доступных человеку для того, чтобы совладать с выявленным стимулом. Наконец, переоценка (третий этап оценки) происходит по мере того как человек справляется с ситуацией и, соответственно, так или иначе адаптируется к ней. Лазарус и Смит (1988) обнаружили, что познание само по себе холодно, но первичная оценка ситуации *«обеспечивает тепло в транзакции, основанное на личной релевантности, что делает познание потенциально эмоциональным»* (стр. 284).

Лазарус предположил, что у каждого человека в интерпретациях окружающей среды существует значительная вариативность, которая может вызывать широкий спектр эмоций. Коппин и Сандер (2013) указывают, что идеи, выдвинутые Лазарусом, до сих пор широко распространены. Его гипотеза, что эмоции являются непрерывными процессами, актуальна и сегодня.

Эмоциональные вмешательства, применяемые в КПТ

Как видно из представленной информации, ранняя история когнитивно-поведенческой терапии часто пренебрегала эмоциями или считала что их следует минимизировать. Не так давно теоретики и практики КПТ осознали важность эмоций как части познания. Хоффман, Асмундсон и Бек (2013) провозгласили, что *«связь между эмоциями и познанием является двунаправленной, так как произошедшие изменения в эмоциях также приводят к изменениям в познании»* (с. 200). Они обнаружили и обратный процесс: восприятие и события влияют на эмоции, — и предположили, что то, как человек думает, влияет на то, что он чувствует и как действует. Таким образом, они сочли необходимым, чтобы регулирование эмоционального дистресса стало частью КПТ.

Согласно Самойлову и Голдфриду (2000), произошел сдвиг фокуса КПТ от попыток решения проблем эмоциональных расстройств путем сдерживания эмоций к лечению клиентов через повторное переживание наиболее тяжелых эмоций и активации проявления эмоций на сессиях.

Причина столь радикальной смены парадигмы заключается в придании особого значения личностному смыслу эмоции клиента, понять который предлагают Крейтлер и Крейтлер (1972). Обычно новые разработки, включающие эмоции в процесс когнитивно-поведенческой терапии, состоят из нескольких этапов: рассмотрение эмоциональных аспектов когнитивных схем, последующее использование сессионного возбуждения для получения доступа к эмоциям и затем для оспаривания их (Samoilov & Goldfried, 2000). Когнитивные схемы отделены от эмоциональных схем, лежащих в основе личностного смысла, поэтому их важно учитывать в терапии. Согласно Гринбергу и Сафрану (1984), существует связь между эмоциональными схемами и воспоминаниями, а также ожиданиями. (6) Во время сессии эмоциональные реакции могут использоваться для реструктурирования старых смыслов и развития новых, более адаптивных смыслов. Этот процесс называется когнитивной реструктуризацией.

Кроме описания новых техник КПТ для нормализации эмоциональных схем следует упомянуть, что обработка эмоций лежала в основе нескольких более ранних методик. Примером является работа *in vivo* (в естественных условиях) и имажинативная форма экспозиционных вмешательств. В основе этого лечения лежит эмоциональное возбуждение, которое направлено одновременно с эмоциональными переживаниями

на когнитивные структуры высшего уровня. По словам Самойлова и Голдфрида (2000), в этом типе когнитивно-поведенческого вмешательства терапевтическое изменение происходит через эмоциональную активацию и ее переработку. Лэнг (1979) согласился с этим и в дальнейшем обнаружил, что, если эмоциональная активация недостаточна, терапевтические изменения будут незначительными.

Другой способ использования эмоций в когнитивно-поведенческой терапии был разработан Барлоу (1988) для лечения тревожных расстройств. Он обнаружил, что лечение не будет полным, если в течение сеанса не будут выявлены тревожные эмоциональные контексты клиента (то есть беспомощность, беспокойство, потеря контроля). Для повышения чувства контроля над эмоциональным контекстом тревоги применяется комбинация техник расслабления и использования юмора (парадоксальной интенции). Симбиоз этих вмешательств обеспечивает адекватную альтернативу поведенческим последствиям тревоги путем физиологических изменений, таких как расслабление мышц, улыбка, смех и тому подобное, в результате у клиента происходит эмоциональный сдвиг в положительном направлении.

Когнитивно-поведенческая терапия для клиентов с ПТСР включает выявление эмоционального содержания травмирующих событий и воспоминаний. Воздействие эмоционального содержания воспоминаний является прелюдией к когнитивной перестройке. Существует аналогичный процесс для работы в связи с тяжелой утратой. Практики КПТ рекомендуют обратиться к эмоциональным аспектам горя, прежде чем начать помогать клиенту обрести смысл потери (Fleming & Robinson, 2001). Изучение своих эмоций необходимо клиенту для того, чтобы справиться с тяжелой утратой и восстановить равновесие.

Хоффманн и соавторы (2013) рекомендовали использовать методы когнитивной реструктуризации и методы *in vivo* для смягчения стрессовых состояний. Цель в том, чтобы *«изменить неадаптивные мысли и когнитивные искажения... повысить самовосприятие себя как способного справиться, уменьшить восприятие личной уязвимости и, как результат, снизить эмоциональный дистресс»* (с. 200). Кроме того, они предложили два типа воздействия на эмоционально нагруженные когнитивные процессы, в том числе воспоминания. Вмешательства в регуляцию эмоций, ориентированные на предшествующие события, включают когнитивную переоценку. Методы регуляции эмоций, ориентированные на реагирование, включают модификацию эмоций с помощью развития адаптивных моделей для их выражения. Наряду с этим ученые предположили, что другие методы, использующие такие

техники, как принятие и осознанность (майндфулнесс), также помогают справиться с трудными эмоциями. (7)

Голдфрид и Дэвисон (1976) предложили использовать в КПТ когнитивно-аффективные ассоциации. Для этого они применяли несколько методов воздействия на эмоционально нагруженные структуры, в том числе технику двух стульев. Эта техника, напоминающая технику Перлса, основанную на принципах гештальта, снимает зажатость и мобилизует эмоциональные состояния. От клиента первоначально требуется идентифицировать и затем провести дискуссию между своими реалистичными и нереалистичными оценками произошедшего события и связанных с ним эмоций. При этом осуществляется когнитивная реструктуризация, помогающая смягчить эмоции и изменить их значение для человека. Наконец, для мобилизации эмоционального возбуждения и, как отмечалось выше, для усиления эффективности техник по моделированию и десенсибилизации в сессиях КПТ могут также использоваться управляемые образы (D. Edwards, 1990).

Резюме

В современной парадигме КПТ эмоции обладают адаптивной функцией. Они предупреждают людей о возможной необходимости в определенных действиях. Хотя в первые годы существования КПТ эмоции в значительной степени игнорировались, впоследствии они стали неотъемлемой частью терапии. Причины этого многогранны и включают в себя лучшее понимание эмоций в целом и выявление связи между эмоциями и когнициями. Согласно Лазарусу, Беку и другим авторам, вмешательства КПТ, которые не затрагивают эмоциональный аспект познания, упускают возможность вовлечь клиента в раскрытие его личностного смысла. Когнитивная оценка имеет значение для понимания эмоциональных реакций, одновременно оценка является важнейшим предшественником эмоций. Чтобы смягчить тревожные эмоции, некоторые методы КПТ применяют предварительную оценку эмоций. Работа с когнитивными и эмоциональными схемами завершает терапию. Выявленные эмоциональные схемы выступают в качестве стимула для перемен, успокаивают клиента, придают сил. По мнению практикующих когнитивно-поведенческих терапевтов, оказанная во время сеанса помощь человеку с эмоциональным возбуждением помогает раскрыть личностный аспект, связанный с проблемным поведением и имеющимися расстройками. Это особенно важно для работы с ПТСР и тревожностью.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ментальные образы и эмоции являются двумя ключевыми аспектами практики КПТ, что может стать сюрпризом для читателей — арт-терапевтов (особенно если сравнивать с пониманием КПТ как «подхода поваренной книги»). Образы и эмоции описаны на основании скрупулезных научных исследований, а также исходя из современного понимания нейросаенс. Оба конструкта имеют когнитивные компоненты, и специалисты по КПТ обнаружили, что обращение к ним в терапевтической модели значительно повышает эффективность лечения.

Творчество включает в себя оба упомянутых психических процесса (и образы, и эмоции), что дает арт-терапевтам богатый материал для рассмотрения возможности их научно обоснованного применения в лечении. Изучение структуры конкретных техник КПТ, в которых используются эти важные концепции, открывает более широкие возможности для понимания того, как работа с образами и эмоциями может помочь клиенту увидеть арт-терапию через когнитивно-поведенческую призму.

ПРИМЕЧАНИЯ

1. См. Ahsen (1986) или Pearson et al. (2013) для всестороннего освещения философской истории образов.
2. Полный список инструментов для оценки образов доступен в Pearson et al. (2013).
3. См. главу 7 для получения дополнительной информации о связи между КПТ и осознанностью.
4. См. ниже раздел об эмоциях и познании.
5. Сострадание и другие методы КПТ третьей волны рассматриваются в главе 7.
6. См. выше раздел об исследованиях образов для получения дополнительной информации о связи между автобиографическими воспоминаниями и эмоциями.
7. См. главу 8 для обсуждения методов принятия и ответственности.

Глава 3

ТВОРЧЕСТВО КАК КОГНИТИВНО- КОНСТРУКТИВИСТСКИЙ ПРОЦЕСС

Мышление требует образов, а образы содержат мысль. Поэтому изобразительное искусство — это родина визуального мышления.

Arnheim, 1969

Художественное творчество — это уникальная деятельность, участие в которой направляет творца в места, которые не могли быть придуманы никем, кроме него. Погружаясь в искусство, человек может потерять ощущение времени, целиком сосредоточившись на «здесь и сейчас». В процессе творчества участвуют не только чувства и разум, бывает задействовано даже тело. Многие арт-терапевты полностью осознают те аспекты искусства, которые делают его эмпирически-эмоциональной терапией. В то же время они могут быть недостаточно осведомлены о когнитивных составляющих художественного творчества. Когда человек творит, используются навыки принятия решений, модификации взглядов и многие другие когнитивные процессы из области познания.

Цель этой главы — исследовать важные когнитивные аспекты художественного творчества. Описание когнитивного конструктивизма поможет заложить философский фундамент для понимания искусства как способа познания. Поэтому в первой части главы рассматриваются аспекты конструктивистской философии, оказавшие влияние на когнитивную психологию, а также теории когнитивного развития Пиаже, Выготского и Брунера. Связь между когнитивным развитием,

конструктивизмом, когнитивно-поведенческой терапией (КПТ) и когнитивно-поведенческой арт-терапией (КПАТ) изучается как средство закрепления результатов художественного творчества в когнитивной сфере. В соответствии с этим во второй части главы особое внимание уделено когнитивно-конструктивистским аспектам художественного творчества. Будут рассмотрены специфические когнитивные особенности искусства и творчества, необходимые для понимания сущности КПАТ.

КОГНИТИВНЫЙ КОНСТРУКТИВИЗМ

Конструктивистские философские идеи основаны на теориях когнитивной психологии и когнитивной науки. Огромный вклад во внедрение психологических конструктивистских идей внесли работы Жана Пиаже (Fosnot & Perry, 2005). Пиаже оказал влияние на таких мыслителей, как Лев Выготский (1936), Джером Брунер (1990) и Джордж Келли (1955). Конструктивистская философия в целом углубляет наше понимание КПТ и КПАТ.

Конструктивизм — это способ понять, как люди приобретают знания и осмысливают окружающий мир. Многие философы еще до Пиаже предполагали, что люди сами строят свое видение мира. Но Пиаже был первым, кто инициировал изучение способов накопления знаний с точки зрения развития человека (von Glasersfeld, 1995). Кроме того, Пиаже первым использовал в 1967 году термин «конструктивистская эпистемология». Согласно фон Глазерсфельду, конструктивистская направленность является кардинально новой именно потому, что до Пиаже философы изучали знание и его приобретение с универсалистской точки зрения, согласно которой знание считалось истинным представлением реальности. Ставя под сомнение тезис о том, что существует одно истинное представление о реальности, Пиаже решил применить прагматический подход к формированию знаний. Как повестку своей исследовательской программы он сформулировал следующий вопрос: как ребенок учится и получает знания? Опираясь на теорию биологической адаптации и естественного отбора Дарвина, Пиаже выдвинул гипотезу, что приобретение знаний обладает таким же свойством адаптации, что и изменения в биологическом мире. Исходя из своего глубокого понимания философии и опираясь на исследования Пиаже, фон Глазерсфельд (1995) определил два основополагающих принципа конструктивизма:

- 1) знание не принимается пассивно ни посредством чувств, ни посредством общения. Знание активно накапливается познающим субъектом. Функция познания адаптивна в биологическом смысле этого слова, она повышает приспособляемость к внешнему миру с целью повышения жизнеспособности индивида;
- 2) когниции служат субъективной организации экспериментального мира, а не для открытия объективной онтологической реальности (с. 51).

Построение фундамента понимания процессов когнитивного развития, приобретения знаний и их осмысления в данной работе начинается с изучения теорий Пиаже. В сравнении со взглядами Пиаже будут обсуждаться и другие теоретики, в том числе Выготский и Брунер. На основании идей этих авторов будет представлено обоснование целесообразности использования когнитивных качеств искусства в терапевтических целях.

Пиаже

Работа Жана Пиаже является базовой моделью для понимания когнитивно-конструктивистских взглядов на развитие человека и приобретение им знаний, что, как я доказываю, важно для арт-терапии. Как признал фон Глазерсфельд (1995, с. 54), *«Пиаже был пионером конструктивистского подхода к познанию»*, поскольку он стремился создать целостную модель человеческого познания и его развития. Важность его работ для понимания когнитивного развития не может быть переоценена.

Пиаже (1967) придерживался мнения, что приобретение знаний является адаптивной функцией в когнитивно-концептуальной сфере. Адаптация, по словам Пиаже, является ключом к функционированию человека. В отличие от биологической адаптации, Пиаже воспринимал приобретение знаний как когнитивное равновесие (Piaget, 1967). Концепция равновесия является фундаментальной для построения знаний, и фон Глазерсфельд (1995) подтверждает, что *«когнитивное развитие характеризуется расширением равновесия»* (с. 67).

Для Пиаже (1967) приобретение знаний основано на действии, физическом или ментальном, и он предположил, что *«все знания связаны с действием, и знание объекта или события означает использование этого знания путем ассимиляции его со схемой действия»* (с. 14–15). Схемы действий являются фундаментом идей Пиаже о построении знаний

о мире. Он предположил, что именно знание постоянно подвергается эволюционному преобразованию, а не статичная картина реальности. Поскольку когнитивные структуры связаны с действием и их применением, они не случайны и не изменяются случайным образом.

Согласно фон Глазерсфельду (1995), Пиаже предложил концепцию, как разум сам организует себя. Пиаже предположил, что когнитивные схемы действий помогают систематизировать переживания и таким образом трансформировать их в структурированный внутренний мир. В предшествующий массив накопленных структур постоянно добавляется новый опыт.

Пиаже (1967) был против идей измерения интеллекта, поскольку он сосредоточился на его структуре, а не на его объеме. Когнитивное развитие Пиаже рассматривал не как статический показатель, а скорее как постоянно изменяющийся результат действий, не столько тела после раннего детства, сколько разума в процессе умственных операций. Поскольку приобретение знаний происходит в контексте схем действий, то это не стимул-реактивный, а скорее целенаправленный процесс. Подобно петле обратной связи, схемы саморегулируются благодаря функциям ассимиляции и аккомодации (эти процессы обсуждаются ниже). Модификация концептуальных структур происходит в случае столкновения с проблемой во внешней среде или если схема перестает функционировать. Сбой концептуальной структуры может произойти из-за проблемы со схемой или из-за возникшей необходимости расширения модели схемы. Таким образом, согласно Пиаже (1967), знание человека о мире постоянно создается и переконструируется и, что самое главное, основано сугубо на личном опыте этого человека.

Чтобы понять всю сложность теории Пиаже, необходимы некоторые определения. Эфланд (2002) обнаружил, что для понимания теории интеллектуального развития Пиаже требуется пояснение четырех основных понятий (1):

- 1) схема;
- 2) ассимиляция;
- 3) аккомодация;
- 4) равновесие.

В дополнение к четырем определениям, которые Эфланд считает наиболее важными, заслуживают внимания четыре дополнительных аспекта теории Пиаже:

- а) достижение зрелости;
- б) социальное обучение;

- в) теория стадий развития;
- г) символическое развитие.

1. Схема

Согласно Эфланду (2002), схема — это имеющаяся в психике человека структура, основанная на прошлом опыте, который теперь хранится в памяти как руководство для будущего взаимодействия с окружающим миром. Схемы возникают, изменяются и модифицируются на протяжении всей жизни. В процессе обучения схемы становятся более дифференцированными и менее зависимыми от сенсорно-моторного опыта (Efland, 2002).

Работа Пиаже привела к возникновению того, что фон Глазерсфельд (1995) назвал «теорией схемы», согласно которой понятие «схема» стало одним из фундаментальных строительных блоков. По фон Глазерсфельду (1995), теория схем Пиаже обладает тремя способностями:

- 1) способность улавливать повторения в потоке личного опыта;
- 2) эта способность влечет за собой как минимум две дополнительные возможности: запоминание и извлечение (повторное представление) опыта и способность сравнивать и оценивать сходство и различие с новым опытом;
- 3) предположение, что у организма есть возможность «предпочитать» одни переживания больше других; то есть переживания должны иметь некоторую элементарную ценность.

Таким образом, схема является не только когнитивной структурой, но и основой концептуализации Пиаже самого понятия знания. Андерсон (1984) поддержала Пиаже, сформулировав следующее определение: сущность знания — это структура, а схема — это основной каркас этой структуры.

2. Ассимиляция

Два процесса имеют основополагающее значение для построения интеллекта, обучения, развития и адаптации или дезадаптации — ассимиляция и аккомодация. Эфланд (2002) так описывает ассимиляцию: новая информация добавляется к предыдущим схемам и сливается с уже построенными структурами (см. рис. 4.2). Одной из особенностей ассимиляции является то, что этот процесс поглощает только то, что может вписаться в концептуальные структуры, и игнорирует все остальное. Процесс отбрасывания в теории Пиаже адаптивен, так как он освобождает от лишнего, что не вписывается в имеющиеся когнитивные структуры, чем помогает человеку восстановить равновесие. Ассимиляция — это

«когнитивный процесс, с помощью которого человек инкорпорирует новое воспринимаемое понятие в уже существующие схемы или модели поведения» (Wadsworth, 1971, с. 14). Ассимиляция не меняет схему, но позволяет адаптировать ее к добавлению новой информации.

Таким образом, ассимиляция является ключевым конструктивистским принципом, поскольку она подразумевает адаптацию не к внешнему, а скорее к внутреннему миру человека, восстанавливая его равновесие (von Glasersfeld, 1995). Как писал Пиаже (1952), *«ассимиляция, следовательно, не сводится к простой идентификации, а представляет собой переконструирование имеющихся структур одновременно с включением нового в эти структуры» (с. 416).*

3. Аккомодация

Аккомодация — это процесс, возникающий в том случае, когда новые эмпирические данные не могут присоединиться к уже существующим концептуальным структурам или схемам. Если ассимиляция не достигается, возникший новый вариант либо используется для предотвращения непродуктивного события (блокировка) (см. рис. 4.4), либо может привести к созданию новой схемы, отличной от предыдущих (аккомодация) (Eynand, 2002). В любом случае происходит обучение. Как отметил Уодсворт (1971), *«аккомодация определяется как создание новых схем или модернизация старых схем» (с. 16).* По словам Уодсворта, *«аккомодация приводит к развитию (качественное изменение), а ассимиляция — к росту (количественное изменение); вместе они составляют интеллектуальную адаптацию и развитие системы интеллектуальных структур» (с. 16).*

Требуется уточнить, что аккомодация имеет место и в том случае, когда новая информация не дает ожидаемого результата. Тогда необходимо, чтобы ребенок снова начал ассимиляцию. Когда человек может ассимилировать с новым опытом, результирующие схемы создают надежный баланс его внутреннего мира. В той степени, в какой эти структуры соответствуют житейским ожиданиям человека, они могут быть признаком интеллекта (von Glasersfeld, 1995).

4. Равновесие

Равновесие у Пиаже еще один важный компонент понимания способов приобретения знаний. По мнению фон Глазерсфельда (1995), понятие аккомодации основано на теории обучения равновесию — этот процесс устраняет проблемы путем разработки новых схем.

Согласно Эфланду (2002), если кто-то только ассимилирует и не аккомодирует, у него будет несколько очень больших схем. С помо-

стью этих немногочисленных схем будет трудно обнаружить различия в объектах или событиях, и реальность будет восприниматься как недифференцированное целое.

Если бы человек аккомодировал (создавал новую схему) и никогда не ассимилировал, он бы увяз в незначительных различиях и не смог бы увидеть цельной картины. Любая из этих возможностей нарушит равновесие и вызовет множество проблем для человека.

Легко экстраполировать понимание Эфландом ассимиляции/аккомодации на трудности или неудобства, которые многочисленные клиенты приносят в терапию. Поддержание баланса между этими двумя процессами жизненно важно для когнитивного баланса, то есть равновесия, и может быть сформулировано как цель терапии.

А) Достижение зрелости

По описанию фон Глазерсфельда (1995), модель когнитивного развития Пиаже заключается в следующем: схема вместо того, чтобы давать ожидаемый результат, создает дистресс. Это в свою очередь инициирует процесс аккомодации (возможно, новую схему), который поддерживает или восстанавливает равновесие. Таким образом, зрелость и/или психическое здоровье характеризуются расширением возможностей поддержания равновесия (то есть увеличением количества тревог, которые человек может устранить самостоятельно). Эта концепция также применима и к терапии. В теории Пиаже к равновесию приводит не устранение тревог как таковых, а скорее нарушения, которые начинают процесс аккомодации и могут привести к рефлексивным абстракциям проблемы (фон Глазерсфельд, 1995). Это размышление может стать стимулом для преобразования страдания в новую схему или способом переосмысления проблемы. Рефлексия может послужить стимулом для преобразования дистресса в новую схему или помочь найти способ переосмысления прежней проблемы. Этот процесс лежит в основе терапевтической работы с травматическими воспоминаниями. Клиницисты КПТ назвали бы этот процесс когнитивной реструктуризацией и/или рескриптингом образов, а терапевты КПАТ поощряли бы клиента перерисовывать, перефразировать или повторно представлять тревоги, возникающие из-за травмирующих событий.

Б) Социальное обучение

Пиаже часто критикуют за отсутствие социального контекста. В то же время следует отметить, что его теория носит как внутрилличностный, так и межличностный характер. Согласно фон Глазерсфельду (1995),

у детей именно взаимодействие с другими людьми вызывает тревожные эффекты, которые он называет пертурбация (возмущение). Как указывалось ранее, возмущения приводят к аккомодации. Поскольку при взаимодействии с другими людьми возникают возмущения, теория Пиаже включает в себя межличностный и социокультурный аспекты. Однако есть мнение, что Пиаже недостаточно изучил социокультурное обучение. Эфланд (2002), например, раскритиковал Пиаже по этому вопросу и считает, что работы Выготского дают более глубокое понимание социокультурных связей. (2)

В) Теория стадий развития

Более всего Пиаже известен как теоретик стадий детского развития (четыре стадии когнитивного развития Пиаже — сенсорно-моторные, предоперационные, конкретные операции и формальные операции), главным его детищем является теория о конструировании и адаптировании людьми знаний (воп Glasersfeld, 1995). Первоначально Пиаже предполагал, что иерархия этапов развития является инструментом для исследований и основой для наблюдения за поведением в ходе развития ребенка. Концептуализация этапов, по замыслу Пиаже (1962), не является точным пошаговым процессом, он понимал, что ребенок может выполнять формальные операции в одном наборе контекстов и все еще находиться в предоперациях в другом. Поэтому обучение является относительным или контекстно-зависимым.

Этапы когнитивного развития арт-терапевты могут выявить с помощью рисунков и дать приблизительную оценку того, на каком уровне развития находится ребенок, но эти данные не следует распространять на все способности ребенка. Фактически арт-терапевты могут предоставить для других специалистов предварительную полезную информацию, основанную на результатах оценки когнитивных способностей ребенка. Через процесс создания ребенком предмета искусства арт-терапевты могут также документировать некоторые особенности его развития; бывает, что до этого другими способами их диагностировать не удавалось.

Г) Символическое развитие

Теория Пиаже (1962) включает в себя два типа обучения: 1) сенсорное обучение, или схемы действий, которые помогают в достижении цели и равновесия выживания; 2) рефлексивная абстракция, которая включает в себя оперативные схемы, помогающие создать целостный концептуально-структурированный каркас, приводящий к действиям, а также к мышлению более высокого уровня.

Сенсорно-моторное знание проявляется как в действии, так и в рефлексивной абстракции или в концептуальном знании в символах (Lusebrink, 1990).

Существует различие между образными и оперативными действиями, то есть между физическим и умственным действием. Образные ощущения от движения являются физическими действиями и наблюдаемы. Абстракция, или умственные операции, — это то, что ребенок строит, связывая и комбинируя сенсомоторные сигналы. Операции происходят всегда в уме и не поддаются наблюдению, а их результаты являются отражением абстракций. В этом случае операции называются не только абстрактными, но и символическими.

Пиаже обнаружил двоякое развитие символов, изучая игру детей (Piaget, 1962). В ходе наблюдений он установил, что дети либо знают об их символических играх (назвал первичными символами), либо не знают о символической важности их поведения (назвал вторичными символами). Пример первичного символического действия — ребенок видит, как родитель качает новорожденного брата, а затем берет куклу и подражает этому действию. Вторичный символический момент — это когда ребенок возвращается к более раннему поведению, такому как сосание большого пальца, если он наблюдает за родителем, уделяющим основное внимание новому члену семьи. Пиаже считал, что второстепенные символы находятся в неосознанной области (ребенок не осознает своего поведения). Он также предположил, что вторичные символические элементы поведения часто имеют компенсаторные качества.

Вторичные символы можно разделить на три группы: *«символы, кото рые связаны с интересами собственного тела ребенка (всасывание, эрекция), символы, кото рые связаны с элементарными чувствами в семье (любовь, ревность и агрессия), и символы, кото рые вызывают тревогу, сконцентрированную на рождении других детей»* (Piaget, 1962, с. 173).

Конечно, символы развиваются в процессе ассимиляции/аккомодации и указывают на развитие высших психических процессов. Символы, связанные с ассимиляцией, являются более внутренними и обладают аффективными качествами, тогда как символы, связанные с аккомодацией (например, символы с когнитивными качествами), могут быть более внешними и осознанными. Символы также могут обладать свойствами обоих процессов.

Для Пиаже (1962) символы обладали как познавательной, так и психологической значимостью и часто выявляли психические проблемы человека. Это предположение особенно важно при попытке понять вторичные символы, поскольку они могут иметь ликвидационные

свойства или носить компенсаторный характер. Примером ликвидации является случай, когда ребенок в игровой терапии использует семейство фигурок мышей, чтобы разыграть насилие в семье. Ребенок, который компенсирует слабости, тревоги или страхи, может захотеть носить в школу каждый день костюм Супермена. Эти типы игрового поведения проявляются и в арт-терапии, где ребенок может ликвидировать (уничтожать), энергично рисуя толстыми карандашами на нескольких очень больших листах бумаги, или компенсировать, создавая и воссоздавая супергероев в своих художественных работах. Эти типы символических действий также применимы ко взрослым, когда они сталкиваются с травматическими стрессорами, например при ПТСР.

Резюме

Пиаже не только один из первых теоретиков когнитивно-конструктивистского подхода, ему также принадлежат несколько концепций, с помощью которых поддаются объяснению механизмы работы КПТ и КПАТ, полностью согласующиеся с конструктивистскими идеями.

Благодаря научному вкладу Пиаже возникло понимание того, как люди получают знания. В соответствии с теорией Пиаже люди приобретают знания посредством интерактивного опыта при взаимодействии с внешней средой и таким образом строят индивидуальную картину своего мира.

Подход Пиаже к когнитивному развитию состоит в том, что это адаптивная функция. Он предположил, что люди постоянно впитывают новые знания для того, чтобы лучше подготовиться к возможным изменениям в мире. С помощью новых знаний они с большей вероятностью сохранят состояние равновесия. Аналогичным образом основная цель КПТ — помочь людям адаптироваться к новым или проблемным ситуациям и достичь состояния стабильности. Это положение верно и для КПАТ.

Многие из когнитивных конструктов Пиаже полезны для арт-терапевта. Во-первых, схема, как один из строительных блоков знаний, может быть воссоздана или повторно представлена, что изучал и исследовал фон Глазерсфельд (1995). Исходя из того, что схемы основаны на прошлом опыте человека, арт-терапевт может попросить клиента нарисовать схему с последующим ее рассмотрением под разными углами зрения, что позволит обнаружить как работающие участки, так и другие, которые могут оказаться вредны для адаптации к текущей ситуации. (3)

Ассимиляция важна для внутреннего развития и равновесия. Если у клиента возникают проблемы с восприятием насыщенного эмоциями события, арт-терапевт может вместе с ним исследовать это событие, помогая ему вновь испытать и/или представить прошлое; и даже если оно было тяжелое — все же создать ситуацию понимания и принятия, то есть ассимилироваться с ранее тревожным событием. То же самое относится и к аккомодации. Изучение стрессового внешнего события может стать началом разработки новой схемы, которая затем позволит возобновиться процессу ассимиляции.

Если человек опирается только на один из этих двух процессов, что Эфланд (2002) отмечает как наличие дисбаланса, арт-терапевт стремится помочь в развитии второго процесса. Человек, застрявший в мельчайших деталях, может начать создавать новые контексты для этих деталей и тем самым сокращать их количество (ассимилировать). И наоборот, тому, чья конструкция знаний слишком широка и не имеет конкретного контекста, арт-терапевт может посоветовать воспроизвести более мелкие детали ситуации и затем выявить сходства и различия между их свойствами (аккомодировать). (4) Важным моментом является помощь человеку в достижении как равновесия, так и зрелости — это достойные цели терапии.

Отдельно отметим, что размышления Пиаже по теме разработки символов также укладываются в рамки КПТ и КПАТ. Символы Пиаже концептуализируются как одновременно содержащие когнитивные и аффективные компоненты, а также как конструируемые посредством взаимодействия с окружающей средой.

Кроме того, Пиаже представлял символы как элементы познания, которые могут быть первичными или вторичными. Вторичные символы имеют особое значение для терапевтов. Эти символы начинают развиваться, когда процесс приспособления излишне сложен, в результате возникает мучительная внутренняя борьба. Символы (часто в форме мысленных образов) создаются индивидом как отражение этой борьбы, они раскрывают мышление человека и становятся частью его реальности.

Согласно Эфланду (2002), понимание сущности искусства кардинально изменилось с появлением теорий Пиаже. До возникновения теории конструктивизма искусство дистанцировалось от познания и помещалось исключительно в аффективную область. Пиаже произвел революцию в этом вопросе, предположив, что развитие символов и создание произведений искусства являются познавательной деятельностью, которая способствует интеллектуальному развитию человека. Этот принцип подчеркивает теоретическую актуальность КПАТ.

Большинство людей знают теорию Пиаже в ее проекции на когнитивную структуру возрастного детского развития. Предложенные им этапы взросления детей помогают нам понять, что приобретение знаний — непрерывный процесс и что раннее обучение является основой для возникновения более сложного абстрактного мышления.

В то же время, согласно фон Глазерсфельду (1995), Пиаже подвергался критике за то, что он недостаточно углубился в изучение влияния социальных и культурных событий на формирование когнитивного развития ребенка. Тем не менее, если рассматривать обучение как интерактивный процесс, социальное обучение является внешней составной частью теории Пиаже. Однако Выготский пошел дальше в разработке идеи социального обучения и предположил, что именно культура выступает решающим фактором при построении знаний.

Выготский

И Выготский, и Пиаже предположили, что познание строится на основе взаимодействия с окружающей средой. Но в теории развития Выготского влияние культуры на обучение было более значимым, чем в системе Пиаже.

Для описания принципов когнитивного развития часто используется термин Выготского «социокультурное познание» (Efland, 2002).

Эйснер (2002) — один из многочисленных современных ученых, считающих, что Выготский был первым, кто смог понять значение социальных и культурных факторов не только для процесса обучения, но и для когнитивного развития. Поскольку модель Л. С. Выготского содержит важный новаторский постулат построения знаний, необходимо раскрыть его идеи развития познания также и в том, что касается искусства и творчества.

Знаки и инструменты как категории, необходимые для получения знаний

Согласно Выготскому (1978), чтобы стать полноценно сформированным человеком, необходимы две категории взаимодействия. Во-первых, он установил, что для приобретения людьми знаний в первую очередь необходимо освоение социальных знаков, что достигается в результате изучения социального языка посредством интернализации культуры

и социальных отношений (Blanck, цит. по: Efland, 2002). Знаки являются внутренне ориентированными и используются для формирования саморегуляции поведения.

Социальный мир состоит из объектов и их знаков, но поведение определяется не самими объектами, а знаками, которые их обозначают: люди первоначально придают значение окружающим их объектам, а затем действуют в соответствии с этими значениями. Через усвоение знаков сознание структурируется и перестраивается. Язык, в представлении Л. С. Выготского (1936), является одним из таких социальных знаков и важнейшим механизмом организации мышления. Используя теорию Выготского, Эфланд (2002) констатирует, что *«именно овладение языком делает возможной сознательную психическую жизнь»* (с. 33).

Во-вторых, Выготский предположил, что существует интерактивный процесс между использованием инструментов воздействия на окружающую среду и преобразованием самого себя как личности. Ученый утверждал, что инструменты, которые он называл посредниками, были способом влиять на окружающую среду, а также контролировать ее. Посредники, по его предположению, также могут быть социальными знаками. По мнению Выготского, люди применяют инструменты и в результате приобретают знания, а затем с их помощью производят изменения в окружающей среде.

Согласно Эфланду (2002), Выготский также предположил, что люди используют знаки и инструменты для регулирования поведения. Результатом использования социальных знаков является развитие высших психических процессов, которые задействуются и тем самым оттачиваются. *«Инструменты ориентированы наружу и используются для преобразования физической и социальной реальности»* (Blanck, 1990, цит. по: Efland, 2002, с. 33).

Как и Пиаже, Выготский считал, что игра необходима для развития ребенка. Игра маленьких детей включает изучение социальных ролей и, согласно Эфланду (2002), предоставляет площадку для репетиции взрослого поведения. Выготский обнаружил, что с помощью игры дети строят представление о своем мире — и через эту простейшую деятельность у них возникает понимание смысла жизни.

Уровни развития по Выготскому

Выготский декларировал наличие двух уровней развития. Первый уровень состоит из психических процессов низшего порядка, таких

как внимание, восприятие и память. У детей этот уровень развивается через взаимодействие со взрослыми и представляет собой методы, используемые для социализации. Второй этап — это развитие высших психических процессов, которые происходят с использованием инструментов, предоставляемых культурой (например, язык, письмо и искусство). В его теории изменение поведения является результатом освоения знаковых систем. Изменения в поведении в конечном итоге приводят к более высоким формам развития. Навыки первого уровня развития позволяют человеку достичь более высокого уровня с помощью инструментов культуры, перечисленных выше. Таким образом, процесс усвоения культурных навыков приводит к тому, что люди приобретают более высокие уровни развития. Согласно Бланк (цитируется в Efland, 2002, с. 32), *«инструменты ориентированы вовне, на трансформацию физической и социальной реальности. Знаки ориентированы вовнутрь и направлены на саморегуляцию поведения как такового»*.

Выготский определял развитие как процесс, происходящий одновременно на двух уровнях: социальном и психологическом. Выготский выдвинул гипотезу, что смысл бытия человека определяется культурой. Таким образом, высшие формы психической жизни начинаются с того момента, когда ребенок усваивает культурные правила и установки. Эфланд (2002) утверждал, что *«для Выготского культура определяет как форму, так и содержание познания»* и *«для Выготского высшие формы психической жизни начинаются только тогда, когда культурные влияния интернализируются»* (с. 33). Усвоение культуры — вот что стимулирует смыслообразование.

Творчество и искусство как знак

Выготский считал язык одним из основных культурных знаков, используемых в когнитивном развитии, но он также изучал творчество и те процессы, которые дети задействуют в своем воображении, деятельности и занятиях искусством. В своей статье *«Воображение и творчество в детстве»* Выготский (2004, английский перевод русского текста, Sharpe, 1967) рассмотрел природу человеческого воображения и предложил два уровня творческой деятельности. Первый, связанный с памятью, он назвал репродуктивным воображением. Эта форма воображения основана на воспоминаниях о прошлом и позволяет людям использовать эти воспоминания в текущем опыте. Второй тип, истинное

воображение, он назвал творческим или комбинаторным поведением. Человек тоже вспоминает прошлые события, но объединяет их с другими воспоминаниями, чтобы сформулировать новую идею или поведение. Выготский писал, что *«именно творческая деятельность делает человека существом, ориентированным на будущее, создающим будущее и, таким образом, изменяющим свое прошлое»* (с. 3). Для лучшего понимания процесса творческого опыта Выготский изучал письмо, актерское мастерство и изобразительное искусство.

Особое внимание он уделил доказательству того факта, что конструирование будущего является уникальным свойством исключительно человека и поэтому выступает ключом к пониманию художника, создающего картину того, кем он скоро станет. Таким образом, творческий опыт также продвигает культуру. Выготский предположил, что если человек хочет придать смысл прежним переживаниям, он участвует в творческих действиях и при этом изменяет конфигурацию прошлого в нужном направлении. Не менее важно, что люди при этом одновременно создают и будущее.

Идеи Выготского о воображении и творчестве жизненно важны для понимания когнитивного развития, конструктивизма и использования искусства в терапии. Выготский увидел, что искусство — это первичная форма самовыражения у детей. Он считал, что, занимаясь искусством, например, рисуя (Выготский специально изучал рисование у детей), дети создают свои воспоминания и воспроизводят текущие переживания. Как и в случае с игровой деятельностью, творческие усилия предоставляют ребенку возможность изучить свой опыт и осознать смысл своего мира. По Выготскому, учитывая важность искусства для когнитивного развития, имеется рациональное зерно в использовании искусства в лечении. Кроме того, основные принципы КПТ включают в себя помощь клиентам в представлении лучшего будущего и одновременно (используя память и прошедшие сложные события) помогают воссоздать, перенастроить или переосмыслить прошлое. Объединение этих двух идей обеспечивает прочную основу и для КПАТ.

Резюме

Люди развиваются через взаимодействие с окружающей средой. Согласно Выготскому, дети так осознают главенствующую роль культуры и приобщаются к своей культуре. Как социальные символы (язык и др.), так и использование знаков и инструментов имеют основополагающее

значение для когнитивного развития и формирования знаний. Знаки являются внутренними и помогают в регулировании поведения. Инструменты оставляют свой след во внешней, физической среде.

Выготский предполагал два уровня когнитивного развития: низший и высший. Для приобретения высших психических функций жизненно важен низший уровень. Для Выготского искусство — это знак, и в дополнение к языку оно используется для возможности самопознания. Он считал, что творчество — это уникальная человеческая деятельность, а также важная часть концепции будущего самоопределения. Конструктивизм, принципы КПТ и положения КПАТ пропитаны идеями Л. С. Выготского.

Брунер

Брунер (1990), когнитивный психолог и теоретик-конструктивист, полагал, что люди конструируют смыслы посредством личных открытий. Как и Пиаже, его интересовало, как ребенок приобретает знания. Брунер считал, что дети учатся через взаимодействие с социальной средой, что приобретение знаний структурировано, а следовательно, имеются разные уровни обучения. Брунер рассматривал язык не просто как некое добавление к человеческой культуре или как структуру, возникшую вынужденно для коммуникационных целей, — в своих исследованиях он обнаружил, что язык непосредственно связан с культурой и является важным инструментом для ее понимания.

Овладение языком

Брунер развил свою теорию, наблюдая за процессом овладения детьми языком, и выделил три условия, необходимые для возникновения разговорного языка. Во-первых, он предположил, что язык приобретается в результате взаимодействия с людьми, обеспечивающими уход, и развивается через постоянное использование того, что извлекается из этого взаимодействия. Во-вторых, он обнаружил, что коммуникативные функции уже существуют и до того, как ребенок осваивает язык: они *«включают указание, маркировку, запрос и ввод в заблуждение (обман)»* (Брунер, 1990, с. 71). В-третьих, *«овладение родным языком очень контекстно-зависимо, что означает, что оно прогрессирует гораздо лучше, когда ребенок уже каким-то предъязыковым образом*

понимает значение того, о чем говорят, или если регулярно возникает ситуация, о которой идет речь» (с. 71). Основываясь на своем понимании процесса овладения языком, Брунер предположил, что обучение детей последовательно проходит через три стадии развития: активное представление (посредством действия), образное представление и абстрактное (символическое, словесное) представление, которые выступают способами познания окружающего мира. Каждый из этих трех способов по-разному отражает события, происходящие вокруг ребенка, и каждый накладывает сильный отпечаток на психическую жизнь ребенка на разных возрастных этапах.

Этапы развития по Брунеру

По наблюдениям Брунера, активная стадия наступает в первый год жизни. Накопление знаний основано на прошлых двигательных действиях, а события представлены через моторные ответы. Простой иллюстрацией этой стадии служит следующая ситуация: если отнять погремушку у очень маленького ребенка, он тем не менее будет продолжать двигать рукой и пальчиками, как будто все еще трясет погремушку. Этот тип обучения используется на протяжении всей жизни (во взрослом возрасте тоже). Например, часто кому-то легче самому освоить новые навыки, чем получить инструкции, как выполнять конкретное действие. Хотя это положение обычно рассматривают как средство обучения маленьких детей, его принятие может помочь в освоении новых навыков в течение всей жизни.

Затем мир представляется ребенку еще и в образах, относительно свободных от действий. Для детей на образной стадии (от одного года до шести лет) знания хранятся в ментальных образах. На этом этапе оценка события также происходит с помощью восприятия и образов. Ребенок понимает, что изображение объекта — это представление объекта другим способом. Постепенно появляется еще один путь — перевод действий и образов в языковые средства. Дети начинают понимать, что слово, обозначающее объект, представляет этот объект: настоящий цветок может быть представлен словом «цветок» и/или изображением (образом) цветка. Происходит заметный переход от механической и образной стадий к символической, и этот сдвиг осуществляется через развитие языка. Язык позволяет детям представлять сложные образы, экономя энергию, поскольку язык является символическим. По словам Брунера,

чем лучше ребенок использует язык, тем лучше он сможет справиться с внешними ситуациями.

На символической стадии действуют две важные лингвистические концепции: отдаленность и произвольность. Конструкт отдаленности возникает, когда человек может понять, какой именно объект обозначает или представляет слово. Это позволяет людям говорить об объектах с другими, хотя объект, о котором идет речь, невидим. Например, ребенок школьного возраста говорит маме, что в тот день в школе они читали книгу. В этом примере слово «книга» является незначительно отдаленным указателем по сравнению с книгой, лежащей непосредственно перед ребенком. По мере развития ребенка через отдаленность можно понять более трудные термины. Другие слова имеют увеличенную удаленность, например слово «сад». У большинства людей есть понятие сада, но это более отдаленный конструкт по сравнению с книгой или цветком, так как есть много различных типов садов (тип упоминаемого сада должен быть дополнительно разъяснен).

Конструкт произвольности является абстрактным суждением, он позволяет человеку думать или говорить о сложных понятиях, которые имеют бесчисленные вариации. Ребенок, который ссылаясь на недавно прочитанную книгу, может обсуждать концепции, которые он узнал при чтении этой книги, такие как экология, изменение климата или свобода. Эти концепции являются произвольными из-за их разнообразных характеристик, и некоторые люди будут фокусироваться на одних аспектах, а другие захотят обсудить иные вопросы. Охват специфических черт абстрактного понятия указывает не только на приобретение знаний, но и на формирование личных взглядов и интересов, то есть на осознание человеком смысла этого понятия.

Как только человек овладевает языком, язык становится строительным материалом для дальнейшего накопления знаний. Брунер обнаружил, что успешное использование языка приводит не только к приобретению знаний, но и к совершенствованию стратегий преодоления. Новые стратегии применяются как при внутренней борьбе, так и чтобы справиться с внешними силами.

Углубленное и расширенное использование языка позволяет расширить возможности для формирования символов и раскрытия их значения. Таким образом, идея формирования символов у Брунера заключается в объединении большого количества информации в единую мысль, или концепцию, или образ, которые содержат одновременно несколько смысловых слоев.

Когнитивная психология и смыслообразование

Как один из главных теоретиков когнитивной революции в психологии, Брунер (1990) был недоволен обходными путями, предпринятыми в этом движении. К своему ужасу, он увидел, что конструкт смысла заменен обработкой информации. Он предпринял попытку прояснить, что вопреки доминированию в психологическом мышлении бихевиоризма его позиция в отношении революции в когнитивной психологии заключается в возвращении к глубокому пониманию человеческого разума. Он писал:

«Моя цель состояла в том, чтобы обнаружить и формально описать смыслы, которые люди создали из своих встреч с миром, а затем предложить гипотезы о том, с помощью каких процессов создаются смыслы. В фокусе оказалась символическая деятельность, которую люди используют для осмысления не только мира, но и самих себя» (с. 2).

Когда произошел переход от конструирования смысла к обработке информации, Брунер объяснил это ростом повсеместного использования компьютера: обработка информации была приравнена к компьютерным процессам. Здесь важны его убеждения: хотя компьютеры выполняют значимые операции, они не могут справиться с двусмысленностью или метафорой. Брунер предположил, что только люди могут замечать неоднозначные ситуации и дилеммы, с которыми сталкиваются. Именно это осознание подталкивает людей к терапии и созданию смысла.

Резюме

Брунер является крупной фигурой в развитии конструктивистской теории. Он предположил, что язык является центральным аспектом когнитивного развития и, наблюдая, как дети осваивают и используют язык, описал этапы детского развития. Три предложенные им стадии развития, которые соответствуют стадиям развития Пиаже, очерчивают фазы, различающиеся по сложности использования языка в детстве и подростковом возрасте. Разочарованный тем, что многие теоретики приравнивали построение знаний у людей к обработке информации, он предложил убедительные доказательства, которые смогли развеять эти заблуждения. Брунер констатировал, что именно создание смысла было основной целью конструктивистских принципов и в целом когнитивной психологии.

Сравнительный анализ

Между теориями Пиаже и Выготского есть некоторое сходство. Они оба сформулировали теории о детском когнитивном развитии. В то время как Пиаже опирался на свои личные наблюдения за детской игрой, Выготский обосновывал свои взгляды, исходя из культурных знаков и инструментов. Это позволило Выготскому привнести новые идеи в изучение процессов использования языка, игры и других произвольных действий, таких как творчество. Оба автора выдвинули гипотезу, что построение знаний имеет как внешние, так и внутренние компоненты. Пиаже сформулировал четыре основных этапа развития, а Выготский для изучения приобретения знаний использовал два уровня. Оба предположили, что предыдущий уровень был необходим для перехода к следующему. В теории Пиаже процесс ассимиляции способствовал созданию внутренней жизни, а аккомодация поощряла понимание внешнего мира. Точно так же Выготский выдвинул гипотезу, что социальные знаки способствуют саморегуляции, а инструменты создают условия для внешнего приспособления. Основное различие их убеждений заключалось в том, что Выготский подчеркивал особое значение культуры и интервенции культурного обучения как важнейшего аспекта познания. Его идеи делают интернализацию культуры ключевым компонентом формирования знаний, в то время как основным строительным блоком познания Пиаже является взаимодействие с окружающей средой.

Сравнение идей Брунера и Пиаже показывает, что между ними существуют и некоторые сходства, и различия. Оба теоретика понимали когнитивное развитие и приобретение знаний как постепенный процесс, происходящий через развитие взаимодействия с окружающей средой. Тем не менее их идеи пришли из различных стратегий наблюдения. Чтобы обосновать свою теорию, Пиаже использовал наблюдения за играющими детьми, в то время как Брунер, чтобы отточить свои идеи, наблюдал, как дети в разном возрасте владеют языком. Оба обнаружили, что с повышением познавательной способности у людей улучшается способность адаптироваться (Пиаже) и справляться (Брунер). Ключевыми компонентами обеих теорий являются символы и символика. Для Пиаже символическое мышление составляет часть процессов аккомодации и ассимиляции, где ликвидация (уничтожение) и компенсация содержат как когнитивные, так и эмоциональные символические компоненты. В теории Брунера слова и язык также являются символическими и имеют компоненты ментальных образов. В его теории символы когнитивно

сконструированы и поэтому важны. Наиболее значимым аспектом идей обоих авторов является то, что знание выстраивается поэтапно. Тем не менее именно Брунер сделал большой шаг вперед в изучении конкретных способов приобретения знаний и обнаружил, что смысл знаний раскрывается через овладение языком и является ключевой особенностью познания.

Теории Выготского и Брунера также имеют сходство. Оба ученых сосредоточились на овладении языком как средством для познавательного роста. Оба обнаружили, что язык имеет культурное значение. Для Брунера сама способность создавать смысл стала возможной благодаря умению использовать язык для представления сложных, абстрактных понятий. Согласно Выготскому, интернализация культуры приводит к саморегуляции. Таким образом, обе теории представляют способность человека справляться с ситуацией как важный психологический конструкт. Брунер сосредоточился на символах как части своей модели. Выготский делал акцент на высших ментальных процессах. Обе концепции необходимы для конструирования смысловых задач и развития способности ориентироваться в сложных жизненных ситуациях.

Понимание когнитивного развития и конструктивистских идей выступает необходимым условием для осознания тех аспектов искусства, которые придают ему эти свойства. Следующий раздел посвящен теориям, объясняющим когнитивную природу художественных процессов. Приводятся аргументы, подтверждающие, что когнитивная психология и арт-терапия полностью совместимы. Эти теории также представляют художественное творчество как когнитивный и конструктивистский процесс.

ХУДОЖЕСТВЕННОЕ ТВОРЧЕСТВО КАК КОГНИТИВНО-КОНСТРУКТИВИСТСКИЙ ПРОЦЕСС

Обычно искусство и творчество относят к эмоциональной сфере, как специфический способ выражения или размещения эмоций. С этой точки зрения проблема заключается в трактовке искусства как сводной сестры познания и когнитивного развития. Как отмечает Эйснер (2002), искусство издавна воспринималось как *«аффективное, а не познавательное, легкое, а не тяжелое, мягкое, а не жесткое, простое, а не сложное»* (с. 35). К счастью, подобный подход сейчас меняется, это началось

с развитием когнитивной психологии и науки. Изменение указанной парадигмы происходит в сторону осознания, что эмоции не только опосредуют художественную деятельность, но и понимаются как важная и неотъемлемая часть восприятия и когнитивного развития. Например, Пиаже (1954), изучая когнитивное развитие, не обнаружил разницы между когнитивным и аффективным. Сегодня многие теоретики вслед за Пиаже утверждают, что художественная деятельность обладает когнитивными качествами и является средством построения когнитивной сферы в процессе развития и обучения.

В этом разделе приводятся доводы в пользу искусства как когнитивного и конструктивистского процесса. Сначала познавательные качества художественного творчества рассмотрены через идеи Эйснера и Эфланда. Затем обсуждается концепция, что искусство — это процесс построения и расширения когнитивной сферы. Наконец, будет рассмотрен вопрос о том, каким образом искусство способствует созданию смысла.

Когнитивные качества искусства

На протяжении многих лет различные авторы исследовали, как искусство и творчество влияют на развитие разума. Например, Арнхейм (1969) считал, что искусство улучшает восприятие, которое, как он утверждал, было когнитивным процессом. И добавлял, что искусство помогает детям осмысливать идеи, понимать взаимоотношения различных структур и что в конечном счете *«создание образов служит осмыслению мира»* (с. 257). Эйснер (2002) предположил, что *«работа в области искусства способствует развитию сложных и тонких форм мышления»* (с. 35). В свою очередь Эфланд (2002) также решил выяснить, как искусство *«развивает познавательные способности у детей»* (с. 7). Как и Пиаже, три этих автора изучали маленьких детей с целью определить, как развивается познание у человека. Именно через творчество детей они подобрали ключи к пониманию эволюции решения проблем, формированию концепции и в конечном итоге осознанию постулатов своих теорий.

Названные теоретики не единственные, кто в последние десятилетия занимался изучением когнитивной силы искусства. Следует упомянуть Гетцельса и Чиксентмихайи (1976), Уоллеса и Грубера (1989), а также Вейсберга (1986). Хотя невозможно охватить работы всех ученых, работающих в этой области, я попытаюсь привести убедительные аргументы в пользу понимания искусства как когнитивного

процесса на примере идей двух теоретиков — Эйснера и Эфланда, теории которых содержат наибольшую доказательную базу когнитивной структуры искусства.

Эйснер

Теория Эйснера (2002) о понимании когнитивных компонентов искусства охватывает все процессы осознания и восприятия окружающей среды и *«включает в себя самые сложные формы решения проблем, которые только можно представить с помощью самого высокого полета воображения»* (с. 9). Он предположил, что создание произведения искусства включает четыре важных когнитивных процесса, которые усиливают воображение и структурируют образ мыслей. Во-первых, когнитивной функцией является сам акт возникновения первоначального представления или идеи (он назвал это «записью»). Эйснер обнаружил, что ментальные образы мимолетны и если не зафиксированы, то часто теряются. Перемещение образа из подвижного и неуловимого объекта в изображение на бумаге, которое затем можно будет изучить, является важным когнитивным процессом.

Как только изображение оказывается перед художником, его можно редактировать — это второй когнитивный процесс, описанный Эйснером. Процесс редактирования является аналитическим актом исследования, позволяющим художнику усовершенствовать свою работу.

Произведение искусства также содержит информацию для других людей, показывает, что происходит в мыслях художника (это третий когнитивный процесс). По мнению Эйснера, третий когнитивный процесс подчеркивает коммуникативные составляющие искусства. Этот аспект чрезвычайно важен не только для художника, который заинтересован в выражении своей позиции, но и для формирования общей культуры через обогащение жизни других (то есть аудитории).

Четвертый этап — оценка результата творчества (инициируется при показе произведения). Художник часто сам удивлен тем, что у него получилось в итоге. По мнению Эйснера, такое удивление (и восторг, и разочарование) способствует дополнительному обучению, что в свою очередь приводит к попыткам решать еще более сложные проблемы и выдвигать новые идеи. По словам Эйснера, даже решение следовать за неожиданным желанием новым путем — это накопление знаний (он имел в виду, что идти по неизвестному пути нелегко и требует смелости).

Эйснер (2002) не только перечислил четыре когнитивных процесса при создании предмета искусства, но также определил, что искусство имеет семь когнитивных функций (с. 9–11):

- 1) помогает людям научиться замечать мир;
- 2) задействует воображение для поиска новых возможностей;
- 3) увеличивает терпимость к двусмысленности;
- 4) стабилизирует мысли и идеи, которые были неявными;
- 5) повышает тщательность проверки идей;
- 6) исследует внутренний мир;
- 7) информирует нас об отношениях.

Хотя каждая из перечисленных функций имеет отношение к практике арт-терапии, здесь будут обсуждаться только четыре когнитивные функции, непосредственно связанные с КПАТ. Во-первых, когнитивная функция привлечения воображения (№ 2) часто выступает началом КПАТ. Как обсуждалось в предыдущей главе, ментальные образы и фантазии являются когнитивными функциями. Часто клиенты не знают о своих способностях увидеть свою жизнь, находящуюся за пределами конкретных повседневных ролей, которые они выполняют. Искусство может пробудить эту когнитивную функцию через взаимодействие с разными художественными материалами. Начиная с первоначального использования простейших материалов, образы в дальнейшем могут быть воплощены в усложненные формы, которые дадут более полное представление о внутреннем мире человека.

Повышение способности переносить неопределенность (№ 3) является важной терапевтической целью. В КПАТ психотерапевт использует эту когнитивную функцию искусства для того, чтобы устранить беспокойство клиента по поводу его неспособности полностью контролировать внешние или внутренние силы, сравнив непредсказуемость внешней оценки со своим пониманием результата творчества. Связь этих опасений с повседневными заботами клиента имеет решающее значение для построения им стратегий выживания (№ 4). Как только уменьшится беспокойство, клиент сможет более тщательно изучить свои проблемы и заботы (это еще одна познавательная функция художественного процесса). Дальнейшее изучение идей жизненно важно для глубокого понимания проблем, которые клиент привносит в арт-терапию (№ 7).

Исследование внутреннего мира — еще одна когнитивная функция искусства, имеющая большое значение для терапевтической цели КПАТ. Для достижения терапевтических целей в КПАТ чрезвычайно важно осознание тех способов, с помощью которых человек обрабатывает

информацию, изучение того, как он думает, и прояснение того, как он делает выводы. Эти процессы часто называют метапознанием или способностью размышлять над своим мышлением, образами и эмоциями. (5) Искусство создает окно в эти когнитивные операции.

Эфланд

Эфланд (2002) утверждал, что цель искусства *«на протяжении всей истории человеческой культуры была и остается задачей “конструирования реальности”»* (с. 171). Основываясь на исследованиях Пиаже, Выготского и других, Эфланд (2002) установил, что в обучении с использованием искусства можно выделить четыре когнитивные составляющие: когнитивную гибкость, интеграцию знаний, воображение и эстетику.

Когнитивная гибкость, как определил Эфланд, это *«способность менять стратегии по мере того, как человек начинает опознавать разные функциональные требования каждой конкретной области, а также способность активировать соответствующие средства для обеспечения осознания смысла или понимания»* (с. 160). Эйснер (2002), безусловно, соглашался с Эфландом, когда говорил, что гибкость *«относится к импровизационной части интеллекта»* (с. 77). Когнитивная гибкость достигается за счет вовлечения в сложные категории познания относительно неструктурированного искусства. Поскольку искусство опирается на отдельные эпизоды, а не на обобщения, а также полагается на отдельные интерпретации, оно часто воспринимается как не имеющее структуры. Но при этом сложность и отсутствие структуры оказываются теми самыми аспектами искусства, которые приводят к построению новых знаний. Концепция Эфланда о познавательной ценности искусства, особенно акта интерпретации, основана на мнении Брунера, что интерпретации базируются на личном когнитивном понимании процесса. Таким образом, толкования являются персонально уникальными, гибкими, зависят от понимания их смысла конкретным человеком и в связи с этим будут различаться по сложности на разных этапах когнитивного развития. Эфланд (2002) провозгласил, что *«таким образом один из ответов на вопрос, почему искусство значимо для познания, состоит в том, что оно обеспечивает встречи, которые способствуют построению интерпретаций»* (с. 161).

Интеграция знаний, второе когнитивное положение Эфланда, ставит искусство в центр обучения, где возможно усвоение множества областей понимания. Эфланд обнаружил, что когда учащиеся имеют собственное

понимание своей работы, искусство раскрывает, как *«различные области знаний, которые перекрываются и объединяются»* (с. 166). Кроме того, то, что Эфланд называет «жизненным миром» или использованием своих повседневных знаний, усиливается благодаря созданию произведений искусства. В процессе, который похож на теорию построения познания у Пиаже, люди создают произведение искусства для того, чтобы увидеть и включить новую информацию в свой жизненный опыт.

Воображение является важной познавательной особенностью искусства. Эфланд процитировал Лакоффа и Джонсона, подчеркнув, что воображение *«является одним из наших самых важных инструментов для хотя бы частичного понимания того, что не может быть полностью понято: наших чувств, эстетического опыта, моральных правил и духовного осознания»* (Lakoff & Johnson, 1980, с. 193, цитируется в Efland, 2002). Образное обучение является неотъемлемой частью формальной операционной деятельности Пиаже по построению познания — благодаря ему возникает возможность абстракции, при этом становится достижимым понимание метафор.

Эстетика, по утверждению Эфланда, тоже познавательна. Его концептуализация эстетики знаменует собой изменение понимания мышления. В то время как другие ученые и философы утверждали, что эстетический процесс способен открыть новые знания, Эфланд занял более радикальную позицию. Заимствуя идею когнитивного картирования у Джеймсона (1988, цитируется в Efland, 2002), Эфланд обнаружил, что процесс картирования начинается с художественного образа, воспринимаемого человеком через чувства. Поскольку восприятие является когнитивным процессом, он выдвинул гипотезу, что эстетика является когнитивной, и подчеркнул этот момент, заявив: *«Я не говорю, что эстетика интегрирована в когнитивное, напротив, эстетика является когнитивной с самого начала»* (с. 171).

Искусство как построение и расширение познания

И Эйснер, и Эфланд считали, что художественные процессы создают и расширяют познание. Эйснер (2002) полагал, что создание *«зрительных образов характеризуется постепенным появлением и совершенствованием форм мышления»* (с. 111), и утверждал, что искусство *«способствует способности ребенка развивать свой разум через опыт, что делает возможным создание или восприятие выразительной*

формы» (с. 24). Как и в теории Пиаже (1954), который пришел к выводу, что с помощью игры дети строят свой разум и свое познание, Эйснер писал, что искусство способствует *«обучению тому, как стать архитектором своего собственного опыта, и, следовательно, умению создавать себя»* (с. 24). Он утверждал, что именно этот результат создания произведения искусства является главной его ценностью.

Эфланд (2002) в свою очередь полагал, что значение искусства для построения познания заключается в том, что участие в творческом процессе *«обеспечивает встречи, которые способствуют построению интерпретаций»* (с. 161). По словам Эфланда, умение интерпретировать крайне важно для устранения неясностей в жизни. Трудно справиться с дилеммами жизни в реальном мире, а умение понимать происходящее как раз и есть навык интерпретации. Интерпретация ведет к построению понимания. Через искусство человек учится понимать смыслы произведений искусства. Интерпретация ведет к пониманию, а понимание строит познание. Не менее важна роль искусства в формировании знаний в социокультурном контексте. Чтобы подчеркнуть важность этого понятия, Эфланд использовал теорию когнитивного развития Выготского. Поскольку искусство отражает культуру, главенствующим способом расширения понимания культуры является именно взаимодействие с искусством.

Оба автора приводят теоретические доказательства в пользу занятий творчеством для построения мышления и конструирования знаний. Эта позиция подчеркивает целесообразность привлечения искусства в когнитивно-поведенческую терапию. Если основной целью КПТ является адаптация (а адаптация, по утверждению Пиаже и Брунера, строится на построении знаний) и если искусство приносит знания, то искусство является источником адаптации к своей среде. Это положение выступает основным принципом КПАТ.

Искусство и смыслообразование

По словам Пиаже, дети приобретают знания и адаптируются как к окружающей обстановке, так и к внутренним потрясениям, взаимодействуя с окружающей средой сначала посредством игры, а затем с помощью более сложных действий. В свою очередь Брунер подчеркивал, что его теоретические интересы заключались не только в выяснении того, как происходит обработка информации. По отношению к когнитивной

психологии его работа была направлена на то, чтобы понять, с помощью какого механизма люди постигают смысл своего житейского опыта. Многолетние исследования убедили Брунера, что именно через развитие языка строится познание и создается смысл.

И Эйснер, и Эфланд увидели параллели между процессами игры и развития языка как «строителей» познания, с одной стороны, и взаимодействием с искусством и творчеством — с другой, при этом в каждой сфере создаются новые знания и постигается их смысл. Эйснер обнаружил, что искусство является неотъемлемой частью личной трансформации. В свою очередь Эфланд продвинул эту идею на шаг вперед и сделал изучение целей искусства более последовательным и строгим. Он выразил глубокую обеспокоенность тем обстоятельством, что другие теоретики не совсем верно понимают цели искусства, и указал, что Кобб и Драйвер ограничивают роль искусства, видя в нем всего лишь канал для взаимодействия культуры и общества. Эфланд предложил новаторскую идею, заключающуюся в том, что задачей творчества является нахождение с помощью искусства смысла. Если принять данную гипотезу, это будет означать, что посредством создания произведений искусства интегрируются познание, знание и смысл. Сравнивая свою точку зрения с точкой зрения других авторов, Эфланд заявлял, что *«скорее его [искусства] цель состоит в том, чтобы предоставить людям возможность через постижение смыслов в мире искусства осознать смыслы для жизни в повседневном мире»* (2002, с. 77).

Резюме

Искусство — сложный конструкт, а творчество — многогранный акт. Арт-терапевты знают об этом. Ученые из смежных дисциплин помогли внести ясность в понимание этой непростой задачи. Эйснер и Эфланд подчеркивают познавательную-интегративную природу искусства. Оба исследователя утверждают, что искусство — познавательная деятельность. Оно помогает выстраивать понимание и интерпретацию реальности, включая интернализацию культуры, способствует построению внутренней жизни, предоставляет возможности для изучения нашего внутреннего ландшафта и стимулирует когнитивную гибкость. И Эйснер, и Эфланд утверждают, что искусство делает людей способными осмысливать свой мир и свою жизнь. Творчество также обладает этими качествами, способствует познанию и формирует разум. Когнитивно-поведенческие арт-терапевты в процессе лечения используют перечисленные когнитивно-конструктивистские атрибуты.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Аргументация в подтверждение наличия в искусстве когнитивных составляющих жизненно важна для дальнейшего обсуждения КПАТ. Кроме того, по моим предположениям, создание произведения искусства — это конструирование знаний и, следовательно, конструктивистский процесс. В этой главе были представлены аргументы в пользу рассмотрения творческих паттернов как части когнитивно-поведенческой терапии. Прежде чем перейти к главам о КПТ и КПАТ, представляется целесообразным провести краткий обзор основных выводов, сделанных в главах 2 и 3, что поможет закрепить эти концепции и подготовить почву для восприятия материала остальной части книги.

Краткий обзор основных выводов, сделанных в главах 2 и 3

1. **Образы** и **ранс** были важным понятием в психологии и на протяжении более столетия использовались в качестве инструмента терапевтических техник. Философы и психологи изучали образы, чтобы понять их структуру и назначение. Они обнаружили тесную связь между образами и восприятием, что подтверждается как психологическими, так и неврологическими исследованиями.
2. С самого начала возникновения поведенческой терапии применение образов лежало в основе используемых техник. В настоящее время работа с образами также является ключевым компонентом КПТ. Использование ментальных образов связывает КПТ и КПАТ. (6)
3. Образы напрямую связаны с эмоциями и автобиографической памятью. КПТ- и КПАТ-терапевты применяют эти инструменты при работе с клиентами, чьи ментальные образы содержат травматические воспоминания и тревожные мысли. Чтобы максимально полно понять человека, которого посещают навязчивые образы, необходимо принимать во внимание эмоции, связанные с этими образами.
4. КПТ и КПАТ уходят корнями в теории когнитивного развития (Пиаже и Выготский) и конструктивистской философии (фон Глазерсфельд и Bruner). Современные методы КПТ вытекают из когнитивных теорий, которые, в частности, применяются в рескриптинге,

повторном представлении и повторном отображении. Перечисленные методы также используются КПАТ-терапевтами.

5. Хотя первоначально искусство и художественное творчество воспринимались исключительно как аффективные составляющие обучения, теперь эти категории прочно закрепились в когнитивной сфере. Доказано, что искусство и творчество обладают многочисленными когнитивными функциями и признаками.
6. Обработка символов и социокультурные связи являются существенными когнитивными конструктами в КПАТ. Важные результаты творчества, достигаемые в КПАТ, включают в себя построение личности, развитие когнитивной гибкости, улучшение адаптационных навыков и повышение способности справляться с трудностями.
7. Терапевты КПТ и КПАТ нацеливают клиента на будущее вместо того, чтобы пережевывать прошлое, и для продвижения вперед побуждают клиента переконструировать прошлое.
8. Конечные цели КПТ и КПАТ идентичны: помочь клиентам адаптироваться к жизненным трудностям и помочь понять смысл своей жизни.

ПРИМЕЧАНИЯ

1. Термины *schema* и *scheme* используются взаимозаменяемо в качестве схемы.
2. См. раздел о Выготском ниже.
3. Гант и Тиннин (2007) использовали концепцию повторного представления в своих арт-терапевтических вмешательствах для людей с ПТСР.
4. См. отчет о работе Райн (1979а, 1979b) в главе 5.
5. Хақмани и соавторы (2011) обнаружили, что метапознание является ключевым компонентом методов изменения образов (см. главу 2). Это также важный аспект осознанности и медитации (см. главу 7).
6. Как указано в главе 2, ментальные образы и воображение являются ключевыми когнитивными конструктами.

Глава 4

ИСТОРИЯ КПТ

На протяжении всей своей истории КПТ была привержена научному подходу к изучению психопатологии, а также ее лечения... Имеющаяся многочисленная научная литература предоставила КПТ уникальную возможность доминировать в области психотерапии.

Херберт и Форман, 2011b

Пристальное внимание к истории теории КПТ обеспечивает ей возможности дальнейшего постоянного развития и современного использования в лечении. В этой главе обсуждаются первые два поколения КПТ: первая волна — поведенческая теория и поведенческая терапия — и вторая волна, которая объединяет аспекты познания и когнитивной психологии с поведенческой терапией. Третья волна, которая добавила в КПТ новую информацию о концепциях внимания и осознанности, а также непосредственно понятие буддийской психологии будут обсуждаться в главах 7 и 8.

КОГНИТИВНАЯ РЕВОЛЮЦИЯ

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) — это использование высших психических или когнитивных процессов для выявления, идентификации и доступа к паттернам и способам мышления и восприятия. Как только раскрыт доступ к этим процессам, у терапевта появляется возможность помочь клиенту пролить свет на их дисфункциональное воздействие. Понимая когнитивные модели, клиенты знакомятся с рядом методов, предназначенных для изменения процессов, наносящих ущерб психическому, эмоциональному или физическому здоровью.

КПТ, которая включает в себя совокупность самых разных вариантов лечения, существует уже более 50 лет. По мнению некоторых

психологов, она все еще рассматривается как относительно новый теоретический подход к лечению (по сравнению с психодинамическими подходами; Davey, 2013). На основании результатов многочисленных экспериментов, в том числе рандомизированных контролируемых исследований, КПТ определяется как высокоэффективный терапевтический подход к тревожным расстройствам, включая посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), к депрессии, расстройствам пищевого поведения, шизофрении, личностным расстройствам, склонности к преступной деятельности, расстройствам, связанным со злоупотреблением психоактивными веществами, и т. д. Опираясь на статистику результативности КПТ, некоторые психологи даже называют когнитивную терапию одним из наиболее важных достижений в области медицинского лечения за последние 50 лет и утверждают, что она *«является одним из самых больших достижений современной психологии»* (Hofmann et al., с. 199).

Когнитивная революция в психологии произошла в 1970-х годах, но ее истоки намного глубже (Baars, 1986). В начале XX века доминирующим направлением в психологии поведения был бихевиоризм. В модели бихевиоризма поведение могло быть инициировано или устранено с помощью подкреплений. Если целью являлось новое поведение, для поощрения использовалось положительное подкрепление и, как правило, вознаграждение возникало из внешнего источника. Если целью было снижение интенсивности определенного поведения (когда демонстрировалось нежелательное поведение), подкрепление убиралось (отрицательное подкрепление). Такие подходы к лечению сейчас известны как поведенческая терапия или — в континууме когнитивно-поведенческой терапии — первая волна КПТ.

Второй эволюционный этап в теории и практике КПТ настал после того, как было открыто глубинное понимание механизмов высших психических процессов, отражающихся на мышлении человека. Изучение влияния когнитивной сферы с целью лучшего понимания поведения человека представляет собой вторую волну КПТ.

С новым этапом исследования познания, которое началось во второй половине XX века, несколько теоретиков бихевиоризма в прежние модели поведенческой терапии стали включать методики, основанные на научном понимании того, как человек мыслит. По словам Дж. Уилсона (1978), это началось со знаковой книги Бандуры (1969) «Принципы изменения поведения». В своей когнитивной модели Бандура показал, что условные ответы не являются автоматическими или безусловными рефлексам, а скорее *«воспринимаются как самоактивируемые на основе*

усвоенных ожиданий» (G. Wilson, 1978). Эта книга привлекла внимание других исследователей — и они начали искать механизмы, с помощью которых когнитивные процессы опосредуют и регулируют поведение человека. Они обратили внимание, что внешние подкрепления могут не только формировать поведение, но и использоваться в качестве источника информации, которая способна регулировать (или не регулировать) поведение в будущем. Таким образом, на основе работ Бандуры и других известных теоретиков, таких как Лазарус (1971) и Мейхенбаум (1975, 1977), была запущена вторая волна КПТ.

Добавление современных инструментов терапии (главным образом заимствованных из буддизма, практик осознанности и медитации), вводимых в терапию, чтобы помочь клиентам обратить внимание на их внутренние когнитивные процессы, представляет третью волну когнитивно-поведенческой терапии. Обучение осознанной медитации с целью предоставления клиентам возможности научиться справляться с различными физическими и эмоциональными расстройствами было впервые введено Кабат-Зинном (1994), когда он начал исследовать светскую медитацию, чтобы помочь пациентам с хронической болью. Его идеи оказали влияние на Сегала, Вильямса и Тисдейла (2002), которые рассматривали когнитивные аспекты практики осознанности для помощи людям с рецидивирующей депрессией. Терапия третьей волны, или третьего поколения, включает ДВТ (диалектическую поведенческую терапию), терапию, основанную на осознанности (MBSR), основанную на осознанности когнитивную терапию (MBCT), а также терапию принятия и ответственности (приверженности) (ACT).

В этой главе представлено исследование эволюции когнитивно-поведенческой терапии от первых итераций поведенческой терапии до второй волны КПТ. Перечисленные направления создали основу для практики КПТ и КПАТ, проводимой в настоящее время.

ПЕРВАЯ ВОЛНА: ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Поведенческая терапия, или первая волна когнитивно-поведенческой революции в психотерапии, отходит от традиционных психоаналитических способов понимания поведения человека. Психологи, работавшие в начале XX века, были обеспокоены отсутствием стати-

стически доказанных объективных данных, подтверждающих широко распространенные психологические принципы психоанализа. Так, психоаналитик Монте (1980) считал, что проблемы в поведении (при неврозах) являются следствием конфликтов между бессознательными желаниями и внешней реальностью. Согласно этой теории, внешняя реальность является антагонистом, с которым должно справиться эго; таким образом, эго выступает единственным посредником между ид (бессознательным) и суперэго (самоконтролирующим, нравственным, ценностным). Наряду с защитными механизмами эго управляет этими силами, которые в основном действуют на бессознательном уровне, и таким образом проблемы также решаются из бессознательного.

Хотя это скелетная схема психоаналитической системы, цель ее представления здесь состоит в том, чтобы сравнить модель, служащую для терапевтических целей психодинамических терапевтов, с поведенческой теорией и терапией. Целью психодинамической терапии является изменение личности человека, включая бессознательные процессы. Проблемы или невротическое поведение, которые человек привносит в терапию, специально не меняются. Скорее путем изменения структуры личности наступает изменение конкретного поведения. Поэтому изменение поведения в психодинамической модели не рассматривается непосредственно как цель лечения. Напротив, поведенческий подход к терапевтическому процессу фокусируется именно на лечении и модификации определенных явных форм поведения.

Поведенческая Терапия

Примерно с 1913 по 1960 год многие социологи неоднократно исследовали явно наблюдаемые феномены поведения. Например, Павлов (1927) ввел принцип классического обусловливания — безусловный стимул непрерывно сочетался с нейтральным стимулом; в конечном итоге нейтральный стимул вызывал безусловную реакцию, даже когда безусловный стимул отсутствовал. Его эксперименты проводились на собаках, и безусловным стимулом была еда. Исследования, выполненные позднее Скиннером (1953), начались с принципа оперантной обусловленности и пришли к тому, что мы теперь знаем как модификацию поведения. Согласно Скиннеру, поведение может быть либо устранено, либо поощрено событиями, которые могут следовать не до, как у Павлова, а после демонстрации этого поведения. Исследования, которые последовали за разработкой этих двух основ-

ных принципов, привели к теории, что адаптивное поведение может быть закреплено. Изменение неадаптивного поведения, основанное на этих двух принципах, стало называться поведенческой терапией. В течение длительного периода бихевиоризм — понимание того, как изучаемое поведение возникает и устраняется, — был провозглашен метатеоретической базой психологии для понимания поведения человека (Вагс, 1986).

Согласно Дж. Уилсону (1978), поведенческая терапия была не унифицированным методом лечения, а скорее набором разнообразных терапевтических вмешательств. Чтобы понять это разнообразие, он выделил в поведенческой терапии четыре основных подхода:

- прикладной анализ поведения (АВА);
- модели лечения «стимул — реакция» (S-R);
- теория социального научения;
- когнитивно-поведенческая терапия (КПТ).

Прикладной анализ поведения (АВА)

Дж. Уилсон определил АВА как «*проведение экспериментального анализа поведенческих проблем социального значения*» (1978, с. 8). Эта терапия основана на принципах, изложенных Скиннером и соавторами, согласно которым явное поведение является не только единственным фактором в поведенческих исследованиях, но одновременно и инструментом, с помощью которого изменение поведения поддается измерению. В основе АВА лежат три важных конструкта: 1) общее правило — должны проводиться повторяющиеся измерения поведения одного и того же субъекта в контролируемой среде; 2) подкрепление и наказание являются ключевыми элементами стратегии обучения; 3) лечение в основном (но не всегда) используется для лиц с той или иной формой когнитивных нарушений — маленькие дети, люди с ограниченными интеллектуальными возможностями, госпитализированные пациенты с психотическими расстройствами (G. Wilson, 1978). АВА все еще практикуется сегодня для понимания патологического поведения детей (в школе или дома, а также в других учреждениях институционального типа). Этот стиль поведенческой терапии также одновременно является инструментом оценки поведения и инструментом оценки выбираемых видов вмешательства — подкрепления и/или наказания (удержания).

Модели стимула и реакции

Дж. Уилсон (1978) назвал второй тип поведенческой терапии необихевиористски опосредованной моделью «стимула — реакции», которая использует принципы обусловливания и противообусловливания для смягчения аномального поведения (то есть обычно страха и тревоги). Лечение S-R основывалось на теориях научения, подобных тем, которые были изучены Павловым (1927) и другими учеными, уже известными арт-терапевтам. В этот тип поведенческой терапии были включены методы, связанные с систематической десенсибилизацией и экспозициями, цель которых состоит в том, чтобы уменьшить или погасить страхи и тревоги, связанные с фобиями. Клиентов просят представить ужасную ситуацию или объект, определить свою реакцию и, наконец, визуализировать последствия взаимодействия с проблемным состоянием. Воображаемые или символические представления вызывают реакцию возбуждения, похожую на воздействие реального объекта (условия *in situ*). Введение ментальных образов, более высокого когнитивного процесса, стало шагом к пониманию, что когнитивные медиаторы как часть поведенческой терапии (или то, что Дж. Уилсон назвал необихевиористическими методами) полезны в лечении (с. 10). В этой форме поведенческой терапии, проводимой путем иерархического воздействия на событие, которого боятся, человек обучается эффективно справляться со своими тревогами. Сегодня систематическая десенсибилизация также все еще используется, но часто в сочетании с антитревожными лекарствами, когнитивно-поведенческой терапией и/или расслабляющими упражнениями.

Теория социального научения

Третья поведенческая терапия является существенно более полной в своем подходе к лечению человека. Пытаясь понять, чем поведение человека отличается от поведения остального животного мира, психологи пришли к выводу, что наша способность думать, размышлять, использовать язык и ментальные образы сильно влияет на протекание процесса обучения. Даже само подкрепление постулировалось как внутренний познавательный процесс. Ранние когнитивные психологи изучали альтернативные теории, чтобы учесть не только то, как люди ведут себя, но и то, как мы думаем о возникающих проблемах, эмоциях

и событиях, а также как мы себя воспринимаем. Кратко Альберт Бандура (1969) сформулировал проблему так:

«В отличие от людей, которые постоянно занимаются самооценкой и самоутверждением, крысы или шимпанзе не склонны похлопывать себя по спине за удачное выступление или ругать себя за то, что заблудились. Напротив, люди, как правило, устанавливают себе определенные стандарты поведения и самостоятельно управляют вознаграждением или наказанием за последствия в зависимости от того, соответствуют ли их результаты их требованиям или не соответствуют им» (с. 32).

Бандура (согласно G. Wilson, 1978) утверждал, что поведение регулируют три дискретные системы:

- 1) события как внешний стимул;
- 2) внешнее подкрепление;
- 3) процессы когнитивного опосредования.

Таким образом, одним из ключевых компонентов теории социального научения стало положение, что для социального научения основными являются когнитивные процессы, которые опосредуют приобретение и регулирование поведения (G. Wilson, 1978).

Другим компонентом теории социального научения служит *«взаимосвязь между поведением человека и окружающей средой»* (G. Wilson, 1978, с. 11). Или, как сказал Бандура (Цит. по: G. Wilson, 1978, с. 12), *«к часто повторяющемуся изречению “меняйте непредвиденные обстоятельства — и вы измените поведение” следует добавить обратный вариант: “измените поведение — и вы измените непредвиденные обстоятельства”»*.

Третьим компонентом теории социального научения является самоконтроль: люди способны самостоятельно изменять свое поведение и таким образом формировать свое будущее поведение.

Наконец, Дж. Уилсон выделил четвертый компонент социальной обучающей терапии — самоэффективность, благодаря которой люди *«активируют и поддерживают стратегии поведения, достаточные для преодоления ситуаций, вызывающих тревогу»* (1978, с. 12).

Самоэффективность служила еще одной ключевой концепцией, выдвинутой Бандурой (1977), который написал основополагающую статью на эту тему. Согласно Махони и Торезен (Mahoney и Thoresen, 1974), введение когнитивных медиаторов как основной детерминанты поведения является отличительной чертой теории социального научения.

Таким образом, ожидание самоэффективности стало основным аспектом опосредованного поведения. Когнитивная связь в целом и концепция самоэффективности как опосредующей переменной в из-

менении поведения являются основными понятиями в когнитивно-поведенческой терапии.

Другой теоретик социального научения, Джулиан Б. Роттер, отметил, что поведение определяется не только важностью целей или подкреплений, но *«также персональным ожиданием или желанием того, что эти цели будут достигнуты»* (Rotter, 1954, с. 102). В концептуализации теории социального научения, разработанной Роттером, подкрепление увеличивает ожидания человека, что за определенным поведением или событием последует такое же подкрепление в будущем. Одна из основных гипотез Роттера заключалась в том, что подкрепление, если оно рассматривается как зависящее от конкретного поведения человека, увеличит вероятность того, что поведение в будущем будет закреплено. Когда подкрепление не рассматривается как зависящее от конкретного поведения, продолжительность его действия не будет увеличиваться. У каждого есть свой уникальный фон с отчетливыми «узорами» подкрепления, поэтому люди отличаются степенью, в которой они приписывают возникновение подкрепления именно своему поведению. Если подкрепление зависит от личных действий, то будет развиваться так называемая обобщенная продолжительность, предполагающая, что люди самостоятельно контролируют получение подкреплений. Обратное также верно: если подкрепление не зависит от личных действий, люди будут предполагать, что выдачу подкреплений контролирует кто-то извне. Роттер назвал эту концепцию обобщенной продолжительности подкрепления локусом контроля.

Формируется локус контрольного континуума посредством наград, выдаваемых внешней стороной, на одном конце линии и внутренне определяемыми на другом. Говорят, что люди, которые рассматривают подкрепление как зависящее от чего-то вне их собственных действий, верят во внешний локус контроля. Напротив, люди, которые воспринимают свои собственные действия как основу для вознаграждения или подкрепления, верят во внутренний локус контроля.

Понимание и использование конструкта локуса управления как функции адаптивного поведения поддерживается и дополняется различными теоретическими конструктами, включая самоэффективность (Bandura, 1971) и самоконтроль (Rotter, 1966).

Роттер (1996, с. 6) также разработал определение самоконтроля — это способность человека справляться с реальностью. В дополнение к определению самоконтроля Роттер заявил, что этот конструкт содержит компонент доверия. Поэтому конструкт самоконтроля подразумевает, что человек с самоконтролем не только способен действовать, но и уве-

рен в том, что может это действие выполнить и что его ожидания будут вознаграждены. Лефкорт (1976) в своем обзоре конструкта локуса контроля определил, что люди, которые осознают, что способны действовать или решать, имеют осознанное чувство самоконтроля. И продолжил: ощущение веры в собственный самоконтроль уменьшает последствия негативных ситуаций. В теории социального научения самоконтроль – величина переменная, то есть характеристика, которой можно научиться (Bandura, 1971; Kanfer, 1970).

Главенствующее положение теории социального научения (как люди оценивают свою способность влиять на окружающую среду, на самих себя и на то, как они себя воспринимают) служит фундаментом когнитивной психологии и когнитивно-поведенческой терапии. Понимание опосредующих эффектов когнитивных процессов и осознание того факта, что построение самооэффективности, внутреннего локуса контроля и самоконтроля являются достижимыми результатами лечения, лежат в основе стратегий и методов когнитивно-поведенческой терапии.

ВТОРАЯ ВОЛНА: КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Хотя когнитивная (1) (поведенческая) терапия (КПТ теперь известна как вторая волна) была обозначена в классификации Дж. Уилсоном (1978) как четвертая категория поведенческой терапии, истоки КПТ берут начало в теории социального научения (Bandura, 1969, Miller & Dollard, 1941; Rotter, 1966). Первая попытка интегрировать в поведенческие рамки высшие ментальные или когнитивные процессы, желания и образы была предпринята Миллером и Доллардом достаточно давно (1941). В работе «Социальное обучение и имитация» они изучили два уровня выученного поведения. Поведение первого уровня (простой тип «стимул — реакция») включало автоматические привычки (поведение характеризуется автоматическими реакциями на сигналы окружающей среды и внутренние побуждения). Поведение второго уровня (язык, образы, мышление и аффекты) использовалось для решения проблем, с которыми люди сталкиваются ежедневно. Миллер и Доллард констатировали, что многие действия представляют собой сложную смесь обоих типов поведения и что люди обладают огромной способностью ко второму типу, а именно к высшим психическим процессам (1941, с. 48).

Работа Миллера и Долларда (1941) положила начало теории социального научения, разработанной впоследствии Бандурой (1969). Тем не менее Бандура раскритиковал их работу как слишком тесно связанную с психоаналитическими традициями. Миллер и Доллард продолжали считать, что нарушенное поведение было вызвано скрытыми источниками конфликта. Бандура же инициировал социальный подход к обучению, в котором тоже могут быть сделаны выводы о внутреннем состоянии человека, но при этом изменение поведения достигается на основе управляемых и наблюдаемых им форм.

В то время как Миллер и Доллард соглашались с психодинамическими теоретиками, считающими, что невротический конфликт имеет бессознательные детерминанты, Бандура (1969) охарактеризовал невротические симптомы как продукты прошлого обучения, которые постоянно поддерживались регулярным поощрением из окружающей среды. Как указывалось выше, теория социального научения касается воздействия окружающей среды на поведение и влияния поведения на окружающую среду. Он также пытается преодолеть разрыв между внутренними психическими процессами психодинамических теорий и открытым поведением теорий обучения (рис. 4.1).



Рис. 4.1. КПТ по отношению к двум предыдущим теориям изменения поведения

Бандура заявлял, что мы «*постоянно заняты самооценкой и самоутверждением*» (1969, с. 32). Хотя Миллер и Доллард считали, что теория социального научения подтвердила некоторые психоаналитические принципы, Бандура увидел четкие различия между двумя теоретическими моделями:

«*...подходы теории социального научения рассматривают внутренние процессы, которые являются управляемыми и измеримыми. Эти посреднические принципы в значительной степени контролируются внешними стимулирующими событиями и регулируют открытую реакцию. Напротив, психодинамические теории склонны рассматривать внутренние события как относительно автономные, полагая, что эти гипотетические возбудители, как правило, имеют лишь незначительное отношение к внешним раздражителям или даже к симптомам, которые они предположительно вызывают*» (1969, с. 10–11).

Мейхенбаум (1977) признавал Миллера и Долларда авторами «концептуализации познания» (с. 109) и вновь призвал серьезно рассмотреть когнитивный процесс как инструмент для изменения поведения. Поэтому Бандура (1986) назвал свою модель социальной когнитивной теорией. И Мейхенбаум, и Бандура повлияли на методологию лечения КПТ (например, моделирование — это инструмент когнитивной терапии, заимствованный непосредственно из теории социального научения).

Таким образом, теория социального научения объединяет два процесса: влияние окружающей среды на поведение человека и влияние его поведения на окружающую среду. Кроме того, теория социального научения пытается преодолеть разрыв между внутренними психическими процессами из психодинамических теорий и явного поведения у поведенческих и обучающих теоретиков (см. рис. 4.1). Теория, которая развивалась для того, чтобы объяснить глубокое влияние внутренних убеждений на поведение человека, теперь называется когнитивной психологией. Когнитивная психология является потомком теории социального научения, а также основополагающей теорией когнитивно-поведенческой терапии.

Ранние модели лечения КПТ

Махони и Арнкофф (1978) заметили, что существуют многочисленные вариации КПТ. Тщательно изучив множество моделей лечения в КПТ, они обнаружили, что когнитивная терапия демонстрирует три основных конструкта, которые лежат в ее основе:

«1. Люди развивают адаптивное и неадаптивное поведение и аффективные паттерны через когнитивные процессы.

2. Когнитивные процессы функционально активируются с помощью процедур, которые, как правило, изоморфны процедурам обучения человека в лаборатории (хотя могут быть и другие процедуры, которые также активируют когнитивные процессы).

3. Результирующая задача для терапевта — это задача диагноста-педагога, который оценивает неадаптивные когнитивные процессы и впоследствии организует учебный процесс, который сможет изменить познания и поведение. Это повлияет на модели, с которыми они коррелируют» (с. 692).

Эффективность большинства методов когнитивно-поведенческой терапии многократно изучалась. (2) Для взрослых когнитивные методы эффективны при лечении депрессии (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979),

шизофрении (Meichenbaum & Cameron, 1973) и фобических реакций (Meichenbaum, 1977). Методы КПТ полезны для гиперактивных и импульсивных детей (Meichenbaum & Goodman, 1971) и детей, имеющих другие расстройства поведения (DiGiuseppe, 1981; Kanfer & Zich, 1974; Spivack & Shure, 1974).

Есть несколько различных моделей лечения, каждая из которых может применяться в рамках КПТ, и у всех вариантов имеются определенные общие черты. Хоффман, Адмундсон и Бек (Hofmann, Admundson, Beck, 2013) полагают, что наличие многочисленных типов вмешательств КПТ является преимуществом, а не недостатком, так как говорит об адаптивности теоретической базы КПТ. Основным постулатом КПТ заключается в понимании, что поведение опосредуют когнитивные процессы.

В начале истории КПТ Махони и Арнкофф (1978) определили три основных направления в КПТ: 1) методы когнитивной реструктуризации; 2) методы преодоления трудностей; 3) методы решения проблем.

Когнитивная реструктуризация в КПТ

Основным примером такой терапии является рационально-эмотивная (впоследствии рационально-эмотивно-поведенческая) терапия Альберта Эллиса (RET, Ellis, 1962). В рамках своего метода лечения Эллис бросил вызов ложным убеждениям и ошибочному мышлению. Он составил список из двенадцати иррациональных убеждений, которые, как он определил в процессе работы, были причиной большинства эмоциональных расстройств. РЭПТ сосредоточена на том, чтобы бросить вызов иррациональным убеждениям клиента и помочь ему определить причины их возникновения. Проблемные убеждения затем заменяются мыслями, которые более рациональны и потому более конструктивны для жизни человека.

Метод реструктуризации, разработанный Мейхенбаумом (1975), был ориентирован на освоение самообучения — тренинг самоинструкции (Self-Instructional Training, SIT), который сочетал в себе РЭТ Эллиса (Ellis, 1962) и развитие внутренней речи Лурии (Luria, 1961). Лечение было направлено на детей с импульсивными расстройствами (Meichenbaum & Goodman, 1971). Чтобы заменить неадаптивное мышление, дети использовали самоинструкции для завершения работы над заданиями, или для укрепления способности хорошо справляться, или для самоподдержки. Мейхенбаум и Кэмерон (1973) также использовали

SIT у лиц с тяжелыми психическими заболеваниями для поощрения ежедневных навыков самообслуживания и участия в различных терапиях.

Аарон Бек (1976) разработал свой метод когнитивной терапии, который помогает депрессивным клиентам выявлять вызывающие чувство беспомощности и безнадежности ошибочные убеждения с целью последующей их замены на рациональные и адаптивные модели мышления. После того как клиенты узнают о своих внутренних мыслительных процессах, они учатся самостоятельно распознавать ошибочные убеждения и, наконец, заменяют их более точными и менее токсичными мыслями.

Все три перечисленных метода лечения основаны на убеждении, что клиенты в состоянии увидеть ошибки в своем мышлении и свои заблуждения, используя такие приемы, как дистанцирование и десецентрирование, являющиеся частью КПТ. Согласно Дж. Уилсону (1978), дистанцирование — это искусство объективного подхода к мыслям, адесецентрирование — это процесс, с помощью которого клиент начинает отделять себя от внешних событий. Следовательно, когнитивная перестройка изменяет внутреннюю речь и убеждения, а затем изменяется и явное поведение.

Терапия с помощью навыков совладания

Эти методы лечения помогают подобрать и обучить множеству стратегий преодоления для лучшей адаптации клиента к стрессовым ситуациям. Самоэффективность является результатом как теории социального научения, так и КПТ. Изучение новых копинг-стратегий повышает самоэффективность и лежит в основе терапии навыков совладания (преодоления трудностей). Процедуры в этой категории имеют много общего с процедурами в двух других категориях, но есть также и различие, позволяющее клиенту приобрести новые навыки совладания.

Вольпе (1958) одним из первых применил стратегии совладания и разработал метод систематической десенсибилизации, который до сих пор часто применяется. Согласно этому методу клиенты воображают вызывающий стресс стимул (например, страх перед змеями) и затем сосредотачиваются на расслаблении, пока постепенно не становятся нечувствительными к образам, которых боятся.

Другим примером выработки навыков преодоления является прививка от стресса (Meichenbaum, 1975). Клиент идентифицирует тяжелую эмоцию или стрессовую реакцию на внешнее событие. Далее Мейхенбаум практиковал обучение клиента во время сессии с по-

мощью навыков релаксации самостоятельно справляться со своим состоянием, похожим на то, которое вызывала обнаруженная тяжелая эмоция. Подобное испытание состояло в том, чтобы поставить клиента в стрессовую ситуацию и оценить, насколько хорошо сработали новые стратегии совладания.

Другим методом преодоления трудностей является скрытое моделирование (Kazdin, 1974). Во время лечебного процесса клиент воображает, что кто-то (то есть модель) выполняет желаемое поведение. Этот метод лечения эффективен как для уменьшения беспокойства, так и для развития в стрессовых ситуациях новых адаптивных реакций.

Также к методам преодоления стресса относят тренинг по управлению тревожностью (Suinn & Richardson, 1971) и модифицированную систематическую десенсибилизацию (Goldfried, 1971). В финале этой терапии клиенты ощущают больше контроля над стрессовыми переживаниями или неблагоприятными событиями в своей жизни.

Терапия, направленная на решение проблем

Модели лечения в этой категории разнообразны по своей природе. Проблемное поведение было определено Дзуриллой и Гольдфридом (1971) как *«неэффективное поведение и его последствия, при которых человек не может решить определенные ситуационные проблемы»* (с. 107). Философское ядро методов решения проблем — прагматизм и гуманизм (Mahoney & Arnkoff, 1978). Терапевты, работающие в этом направлении, находят наиболее эффективный способ помочь человеку в конфликте. Некоторые проблемы, для решения которых проводилась подобная когнитивно-поведенческая терапия, включают беспокойство, управление временем и социальные навыки.

Теория личностных конструкторов

Другой фундаментальной теорией когнитивно-поведенческой терапии, имеющей прямое отношение к арт-терапевтам, является теория личностных конструкторов, которая была разработана Джорджем Келли (1955/1991). Согласно Сингеру (2006), работа Келли — важный предвестник современной когнитивной психологии. Многие считают Келли одним из теоретиков, которые внесли огромный вклад в когнитивное

движение в психологии (Fransella & Neimeyer, 2005), а Кларксон и Покорни (1994) утверждают, что Келли «создал фундамент для пьедестала когнитивной терапии» (с. 151). Как и другие когнитивные психологи, Келли обнаружил, что люди активны и конструктивны в разработке внутреннего взгляда на мир, и для объяснения человеческой деятельности он создал свои когнитивные модели (Taylor, цитируется в Diamond, 1982).

Взгляды Келли как одного из основателей когнитивной психотерапии основаны на его предположении, что люди ведут себя в соответствии со своими ожиданиями. Эти ожидания являются предварительными и основаны на прошлом опыте и событиях. *«Представления Келли о человеческих действиях предполагают, что мы действуем через ожидания и мысленные планы, которые для того, чтобы создать возможное будущее, почти всегда включают в себя мимолетные образы из воспоминаний о прошлых событиях»* (Singer, 2006, с. 106). Его модель понимания индивидуального восприятия и гипотезы о том, как устроен мир, была названа теорией личностных конструктов (ТЛК, personal constructs theory – PCT). Общая концепция ТЛК заключается в том, что люди – это ученые-естествоиспытатели, стремящиеся постичь свое окружение и раскрывающие, как они реагируют на это окружение. *«Келли считал, что мы стремимся осмыслить свою вселенную, себя и ситуации, с которыми сталкиваемся»* (Fransella & Bannister, 1977, с. 4). Так же как и ученые, люди формируют предположения или гипотезы о том, как устроен мир и как люди себя ведут. Он назвал эти гипотезы личностными (персональными) конструктами. По словам Франселлы и Баннистера, персональный конструкт – это не просто словесный ярлык, но и взгляд человека на мир, а также взгляд человека на самого себя.

Необходимо обсудить когнитивную основу теории Келли, так как эта теория стала краеугольным камнем в ранней когнитивной работе двух арт-терапевтов – Райн (1979b) и Карнес (1979). Они обе взяли за основу когнитивную теорию и предложили свое понимание арт-терапии как исследовательского процесса, берущего начало в ментальном образе или конкретных визуальных образах в качестве личностных конструктов, как постулируется в ТЛК. Сиггер (2006) высказал идею, что ожидания людей или персональные конструкты имеют образную составляющую. И Райн, и Карнес на основе этой гипотезы сделали попытку построить личностные конструкты средствами арт-терапии. Каждая из них работала над вопросом, как помочь людям понять свои эмоции и заряженные аффектами ситуации и события, а также каким образом изучить когнитивные аспекты этих конструктов. (3)

Основные принципы

Для того чтобы мы смогли понять, как арт-терапевты использовали работы Келли, необходимо изучить основные принципы психологии личностных конструктов (Kelly, 1955/1991). В основе ТЛК лежит предположение о том, что восприятие человеком своего мира основано на взаимодействии с окружающей средой; исходя из своего восприятия, индивиды формируют гипотезы о том, как устроен мир и как они воспринимают себя в этом мире. Эти гипотезы называются личностными (персональными) конструктами. Весь конгломерат личностных конструктов человека составляет его систему персональных конструктов. Изучение индивидуальной системы конструктов помогает ему обнаружить конструкты, которые могут быть неточными или ошибочными. Как только проблемные конструкты определены, исследование того, как проблема развивалась, может привести к пересмотру одного личностного конструкта или внесению изменений во всю систему.

Келли предположил, что природа персональных конструктов по своей сути является биполярной (одновременное сосуществование противоположностей). Человек может не осознавать биполярности своей гипотезы или своего конструкта. Часто именно эта неосведомленность является источником дискомфорта для человека. Например, если клиент выдвигает гипотезу о том, что все люди по своей сути хорошие, а затем подвергается нападению или грабежу, в его личной системе конструктов может возникнуть дисбаланс. Через исследование дефектного, однополярного конструкта (что все люди хорошие) клиент может переформулировать конструкт на что-то вроде того, что большинство людей хорошие, но некоторые нет. Понимая биполярную природу личностных конструктов, он может признать, что существует возможность одновременного существования противоположных идей или ценностей.

Различные системы построения

Личностные конструкты создаются индивидуально, исходя из личного восприятия и опыта. Эти представления могут совпадать или не совпадать с тем, что существует в реальном мире. Согласно Келли, все восприятия или конструкты принимаются за чистую монету, однако на деле они могут быть запутанными и искаженными или сложными, но ясными (Rhyne, 1979b).

Здоровая система конструктов позволяет вводить в нее новую информацию и производить пересмотр конструктов (рис. 4.2). Например, когда человек наблюдает за общением коллег, он узнает, как лучше всего подойти к своим сослуживцам. Возможно, после некоторых ошибок он заметит, что для взаимодействия с руководителями может потребоваться другая тактика, чем по отношению к сотрудникам его уровня. В результате этого самопознания он теперь может добавлять или реконфигурировать гипотезы или конструкты относительно того, как следует разговаривать с начальством и как чувствовать себя комфортно с ровесниками. И наоборот, есть люди, которые обладают системами конструктов, вызывающими определенные трудности.

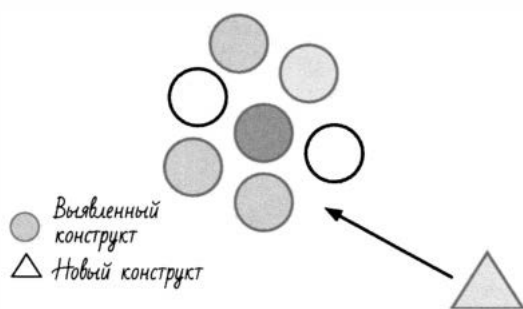


Рис. 4.2. Здоровая система личного конструкта

Например, человек может позволить всей или большей части новой информации проникать в свою систему. В этой системе мало критичности, он ничего не отбрасывает; вследствие этого человек может быть напуган полученной информацией или сбит с толку из-за «всеядности» своей системы убеждений (см. рис. 4.3).

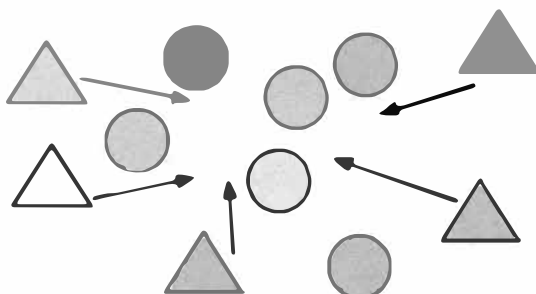


Рис. 4.3. Система незакрепленных конструктов

В противоположном случае система может быть настолько закрытой или жесткой, что человеку будет сложно принимать новые данные или невозможно интегрировать новую информацию и опыт. В результате человек жестко скован в своих мыслительных процессах и считает изменения для себя сверхтрудными (рис. 4.4).

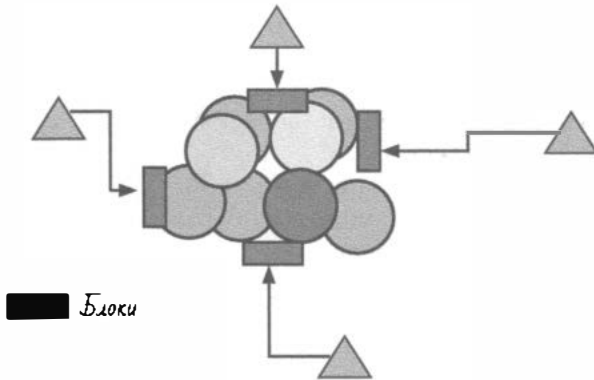


Рис. 4.4. Зажатая система конструктов

Тест репертуарной решетки Келли

Келли проводил лечение, помогая клиенту раскрыть систему построения личностных конструктов. Он разработал процесс интервьюирования новых клиентов, назвав его репертуарным тестом или репертуарной решеткой, которая, как он объяснил, представляла собой систему для изучения отношений между личностными конструктами (Kelly, 1955, с. 219). (4) После первичного определения наиболее важных людей в жизни клиента (например, фигура матери, любимый учитель, самый близкий друг и т. д.) он просил сравнить и сопоставить качества этих людей. Для оценочного интервью по его просьбе клиенты определяли 22 человека, которых Келли называл элементами. Репертуарная решетка или триадный метод выявления конструктов требовал, чтобы человек сравнивал и сопоставлял группы из трех человек или триад, определенных в решетке (см. Приложение А).

Затем он задавал клиенту следующий вопрос: «*Какие из этих трех человек похожи и чем они похожи?*» Если человек отвечал, что эти двое доброжелательные и заботливые, этот дескриптор будет считаться конструктом. После этого Келли спрашивал, чем отличается третий

человек в этой триаде. Ответ на вопрос представляет противоположный полюс или контраст. Биполярный личностный конструкт этого человека будет заключаться в том, что некоторые люди заботливые, а некоторые — отстраненные. В процессе собеседования клиента просят сравнить и сопоставить 22 триады, что приводит к 22 ценным биполярным личностным конструктам, создающим проекцию системы личностных конструктов клиента. Полученную таким образом информацию о системе личностных конструктов клиента Келли будет в дальнейшем использовать, чтобы помочь клиенту выявить проблемное мышление и поведение и впоследствии по мере необходимости помочь ему пересмотреть эту систему.

Согласно Франселле и Баннистеру (1977), у триадного метода было несколько применений, но самое главное: *«Келли разработал вариант репертуарных решеток как метод исследования систем личностных конструктов. Это была попытка встать на место другого человека, увидеть мир таким, каким он его видит, понять его положение, его проблемы»* (с. 5). Триадный метод, разработанный Келли, дает многочисленные числовые данные и может быть обработан математическими методами. Келли писал: *«У нас может быть математическая основа для выражения и измерения воспринимаемых отношений между событиями, которые уникальным образом переплетаются в психологическом пространстве любого человека»* (Kelly, 1955, с. 302).

Вариации в методах решетки

Было обнаружено, что репертуарную решетку, разработанную Келли, трудно применять для некоторых возрастных групп и для особых групп населения. На протяжении многих лет психологи этого направления и другие терапевты адаптировали технику репертуарной решетки под разные нозологии. Одна из простых адаптаций состояла в ранжировании конструктов по порядку взамен триадного метода. В качестве примера можно привести составление списка выбранных клиентом элементов, а затем их ранжирование или упорядочение при получении подсказки от терапевта (например, определение элемента или ситуации, в которой вы, скорее всего, будете чувствовать себя уверенно). Поскольку элементы пронумерованы, сохранилась возможность обработки числовых данных методами математической статистики.

Другой менее сложный метод выявления конструктов — рейтинговая решетка (Fransella & Bannister, 1977). Вместо ранжирования на основе

конструктов элементы оцениваются по линейной шкале с контрастными полюсами или биполярными конструктами (например, между рациональностью и иррациональностью) (с. 40). Эти адаптации позволили исследователям и терапевтам применять конструктивные системы для различных клиентов с учетом широкого спектра личностных и социологических проблем.

Переход от языковых решеток к решеткам на основе образов

Чтобы установить систему личностного конструкта человека через систему репертуарных сеток, Келли использовал слова и язык, однако в последующем терапевты и исследователи включили в качестве подсказок фотографии или нарисованные изображения людей и ситуаций, чтобы помочь клиентам в триадном сравнении/контрасте или в порядке ранжирования. Вустер (1970) применял личностные конструкты при изучении самооценок детей с ограниченными умственными способностями (использовались фотографии других детей). Он просил участников упорядочить фотографии в соответствии с восемью личностными характеристиками, например, какой мальчик самый добрый. Сэлмон (1976), исследуя сравнительную самооценку детей, привлекал предварительно отобранных детей того же возраста в качестве эталонных элементов, а затем составил конструкты из их фотографий. Когда предоставляются конструкты (например, «кто, скорее всего, послушный и делает то, что ему сказали» или «у кого, вероятно, возникают проблемы со взрослыми»), ребенок выбирает нарисованное изображение, которое, по его мнению, соответствует его собственному конструкту. Это был короткий путь в предварительном выявлении личных конструктов с помощью чужих фотографий или предварительно нарисованных изображений, которые впоследствии уточнялись на основании рисунков, выполненных самими клиентами.

Например, Равенетт (2005) использовала портретную галерею и сетку самоописания, когда работала с 12-летним хулиганом (рис. 4.5). Познакомившись с ребенком, она попросила его назвать четыре характеристики, чтобы описать себя. Мальчик назвал: «безразличный», «умный», «непослушный» и «вежливый». Терапевт предложила еще три качества (их выбор был основан на ее знаниях о ребенке): «ты нам неинтересен», «добрый» и «я хочу это сейчас». Ребенка попросили нарисовать и пронумеровать семь перечисленных граней, образующих

ось X на сетке. А также перечислить важных людей в его жизни (мать, отец, брат, сестра, учителя, мальчики и я). Эти люди формируют ось Y на сетке. Психотерапевт задает вопрос: «Если бы я спросил твою маму, что бы она сказала: какой из этих портретов больше всего похож на тебя и меньше всего похож на тебя?» В ответ на вопрос психотерапевта ребенок выбирает определенное лицо (например, в ответ на этот вопрос он выбрал № 1, или «умного», и № 7, или «ты нам неинтересен»). Опрос продолжается до тех пор, пока все лица не будут выбраны. Это делается в отношении каждого человека вдоль оси Y.

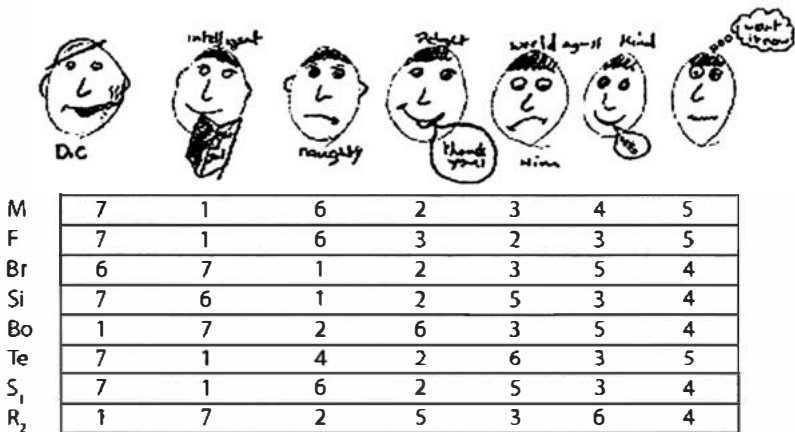


Рис. 4.5. Портретная галерея и решетка самоописания

Рисунки слева направо: равнодушный; умный; непослушный; вежливый; ты нам неинтересен; добрый; я хочу это сейчас.

Источник: «Constructive Intervention with Children When Presented as Problems» (p. 139), by T. Ravenette, in *The Essential Practitioner's Handbook of Personal Construct Psychology*, by F. Fransella (ed.), 2005, Chishester, UK: John Wiley & Sons. Печатается с разрешения.

Чтобы представить, как формируются ответы каждого человека и получить общую картину того, как человек «видит мир», Келли (1955/1991) применил математическую обработку результатов. Поэтому тест решетки использовался не только для проверки психологического пространства разных людей, он также имеет широкое применение в психологических исследованиях. Были созданы компьютерные программы, предназначенные для анализа данных, собранных с помощью репертуарной решетки (Fransella & Bannister, 1977). Эти программы показывают графическое изображение индивидуальной системы лич-

ностных конструктов или могут использоваться для коллективного портрета небольшой группы лиц. Для ребенка, с которым работала Равенетт, анализ решетки показал, что мальчик идентифицировал себя с тем, что взрослые его видят как «вежливого» и «умного». В то же время он отождествлял себя с группой сверстников, где «он пытается выглядеть в их глазах как противоположность взгляда взрослых на него» (с. 140). Это разделенное самовосприятие стало фокусом будущих терапевтических вмешательств.

От оценки к лечению на основе ТЛК

Согласно Эптингу, Джемигнани и Кроссу (2005), Келли (1955/1991) описал четыре этапа лечения на основе теории личностных конструктов. Келли начинал лечение с акцентом на текущие проблемы клиента. В ходе контролируемой разработки (в терминологии Келли) клиенты идентифицировали проблемы по временной шкале, что помогало им рассматривать проблемы как временные, а не неизменные. Кроме того, Келли призывал терапевтов вселять в клиентов уверенность, что проблемы могут быть решены. Для идентификации проблемы можно использовать несколько способов, включая репертуарную решетку. Однако Келли наиболее часто применял решетку на втором этапе лечения на основе ТЛК.

Келли использовал термин «транзитивная диагностика» для второй стадии, когда терапевт формирует план лечения. На этом этапе психотерапевт помогает клиенту детально продумать свои запросы к терапии. У Келли было твердое убеждение, что фокус лечения должен быть сосредоточен исключительно на проблеме и на том, как выбирать наиболее адаптивные решения, а не на недостатках клиента. Именно на этом этапе Келли предлагал клиенту использовать репертуарную решетку как способ увидеть свою внутреннюю картину. Через решетку и другие процедуры оценки раскрывается личная система построения, и клиентам приходится задуматься о своей жизненной позиции. По словам Келли, осознание своего предназначения помогает развить ориентацию на будущее — то, к чему нужно стремиться и чего можно ожидать.

На третьем этапе терапевт бросает вызов клиенту, чтобы одновременно и ослабить, и усилить личностные конструкты его системы. Келли считал этот этап лечения творческим, креативным и захватывающим. Согласно Эптингу и др. (2005), Келли определил «креативность как

цикл, включающий продвижение вперед и назад между переплетенными рыхлыми и плотными конструктами» (с. 118). На этом этапе психотерапевт поощряет клиента рассказывать о снах, так как «сновидения — это наиболее ослабленные конструкты, которые можно выразить словами» (с. 118). В рамках проверки незакрепленных и жестких личностных конструктов клиентам предлагается экспериментировать с новыми моделями поведения. Таким образом, «центральным методом, используемым для конструктивного пересмотра, является экспериментирование» (с. 119).

Фиксированная ролевая терапия — последний, четвертый шаг в личной терапии. На этом этапе начинаются ролевые игры, имеющие терапевтическое значение. Сначала клиент пишет короткий рассказ или набросок, описывающий его самого. Используя новые конструкты, которые были обнаружены на третьем этапе, клиента убеждают сначала примерить новые роли в течение сеанса, а затем в повседневной жизни.

Существует много информации, касающейся этапов и методов, разработанных Келли и его последователями. В этом кратком обзоре выделены следующие элементы метода на основе ТЛК: 1) сосредоточение внимания на проблеме; 2) начальное изучение; 3) повторное исследование системы личностных конструктов; 4) отработка новых ролей на сеансе и в естественных условиях (*in vivo*). Даже из этого краткого обзора арт-терапевты могут увидеть множество способов, с помощью которых арт-терапия может быть включена в терапию Келли.

Резюме

Возможно, не сразу становится очевидным, что теория личностного конструкта связана и с теорией социального научения, и с когнитивной терапией. Однако есть сходства, которые связывают все три модели вместе. Одна общая черта — это использование высших когнитивных процессов. В ТЛК личностные конструкты или предубеждения влияют на поведение человека в социуме. Развитие личностных конструктов является высшей когнитивной функцией, на которой Келли фокусируется в своей работе. В личностной конструкт-терапии моделирование и изменение ролей помогают переоценить систему конструктов человека, когнитивные представления и проявляющееся поведение. Точно так же

моделирование является ключевым методом и в теории социального научения, и в когнитивной терапии. Все три точки зрения рассматривают человека сквозь призму его взаимодействия с окружающей средой через когнитивных посредников. В преобразовании проблемного поведения каждая парадигма поддерживает важность изменения проблемных когнитивных процессов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В этой главе были рассмотрены ранние этапы возникновения КПТ. Для арт-терапевта чрезвычайно важно знать исторические и теоретические корни КПТ. Понимание того, какой путь прошла КПТ, дает представление о том, как КПТ вписывается в пантеон других теорий поведения и изменения личности. Это также создает основу для выбора целей и техник лечения практиками КПТ.

Не существует единой платформы для описания концептуализаций и значимости КПТ в психологическом мире. Теоретические основы КПТ многогранны и сложны. От своих корней в поведенческой терапии до переосмысления опосредующих эффектов познания в процессе социального научения и, наконец, наступления когнитивной революции, КПТ впитала в себя десятки терапевтических традиций. При этом в дополнение к большому числу направлений КПТ существуют варианты внутри каждого вида/метода терапии.

В этой главе дано общее представление о четырех исторических первоисточниках КПТ: поведенческой терапии, теории социального научения, когнитивной поведенческой терапии и теории личностных конструктов. Представленный обзор теорий и концепций способен заложить фундамент для понимания способов, с помощью которых арт-терапевты начали адаптировать КПТ-подход к арт-терапии (эта тема рассмотрена в следующей главе).

Не забывайте, что это исторический обзор истоков КПТ, а в главе 6 представлен более полный спектр текущих практик КПТ и КПАТ.

Совсем недавно набор методов КПТ расширился и теперь включает (но не ограничивается ими) следующие варианты так называемой третьей волны КПТ: диалектическая поведенческая терапия (ДВТ), снижение стресса на основе осознанности (МБСТ), когнитивная терапия на основе осознанности (МВСТ) и терапия принятия и ответственности (приверженности) (АСТ). Эти новые вариации прежнего теоретического подхода описаны в главах 7 и 8.

ПРИМЕЧАНИЯ

1. В этой книге термины «когнитивная терапия» и «когнитивно-поведенческая терапия» взаимозаменяемы.
2. Иногда слово «поведение» удаляется, остается только словосочетание «когнитивная терапия».
3. См. главу 5 для получения дополнительной информации о Карнес и Райн.
4. Хотя многие называют это тестом, на самом деле это метод сбора информации о том, как человек смотрит на мир.

Глава 5

ИСТОРИЧЕСКИЕ КОРНИ КПАТ

...арт-терапевт, который для того, чтобы вовлечь пациента посредством коммуникации, поощряет неактивного или негативно настроенного пациента присылать ему свои отзывы, а затем хвалит человека за его участие, использует поведенческий подход.

Э. Рот, 1987

Обзор исторических корней и текущих вариантов теоретических подходов к КПТ в главе 4 подготовил почву для дальнейшего развития и активного современного использования КПТ в терапии многочисленных нозологий. То же самое относится к КПАТ. Ранние подходы и выработанные техники поведенческой терапии развивались из более глубокого понимания основ человеческого поведения, что привело к формированию эффективных практик первой волны КПАТ. В дальнейшем использование теории социального научения и основ когнитивной психологии и когнитивно-поведенческой терапии привело к разработке новых эффективных терапевтических практик, призванных помочь клиентам адаптироваться и нормализовать свою жизнь. Вслед за ними арт-терапевты также пришли к выводу о важности этих практик, и их дальнейшая работа сформировала вторую волну КПАТ. В этой главе представлен исторический обзор способов, с помощью которых первые две волны КПТ адаптировались арт-терапевтами для создания КПАТ.

ПИОНЕРЫ КПАТ — АРТ-ТЕРАПЕВТЫ

Психотерапевты регулярно обнаруживают, что частные или психические образы являются мощным инструментом, позволяющим клиентам обрести самоконтроль в контексте того, как это понимают теоретики социального научения. Подходы Бандуры (1977) предполагали, что част-

ные образы способствуют самоэффективности. Сингер и Поуп (1978) предположили, что образы могут быть использованы конструктивно для адаптивного эскапизма, самопознания, саморегуляции и биологической обратной связи, а также для творчества и приобретения эстетического опыта. Они говорили:

«Познание самоэффективности в форме образов, фантазий или самоанализа в том или ином виде определяет, будем ли мы инициировать определенные типы поведения и, будучи вовлечены в них, как долго мы будем осваивать регулярные навыки этого поведения, а также сколько усилий мы для этого потратим. Определенный (локальный) образ, который клиент способен воспроизвести самостоятельно, поможет ему выстоять в ситуациях, которые он считает для себя опасными, смущающими или иным образом неприемлемыми» (с. 26–27).

Бандура (1977) выдвинул гипотезу, что локальные образы усиливают эффективность терапии. В арт-терапии ценность подкрепления с помощью изображений может принимать три формы: 1) посредством самого акта воображения образа; 2) посредством воспроизведения изображения в художественной форме; 3) посредством обсуждения задуманного или воображаемого художественного образа. Поэтому если образы связаны с приобретением самоконтроля, возможно, арт-терапия также может способствовать самоэффективности.

Упоминание КПАТ впервые появилось в литературе по арт-терапии в конце 1970-х годов, когда три арт-терапевта начали размышлять о когнитивных аспектах процесса арт-терапии. Эллен Рот (1978) пришла в голову идея использовать методы поведенческой терапии и формирования реальности как средства концептуализации в арт-терапии для детей с нарушениями развития и психическими расстройствами. Дженнис Карнес (1979) и Дженни Райн (1979а, 1979b) исследовали теорию личностных конструктов (Kelly, 1955/1991) как основу для помощи людям путем изучения их когнитивных и эмоциональных состояний.

Таким образом, КПАТ существует около 35 лет. Ни Рот, ни Райн, ни Карнес первоначально не отдавали себе отчета в том, насколько важной станет их работа. Все три арт-терапевта опирались в своих работах на предположение, что составляемые образы эмоций и образы чувств опосредуют или формируют поведение. Рот использовала арт-терапию в первой волне КПАТ или поведенческой терапии. Работы Карнес и Райн можно отнести ко второй волне КПАТ. В этой главе обсуждаются работы Рот, Карнес и Райн в качестве примеров раннего опыта применения методов КПАТ. Так как они достаточно быстро достигли существенного прогресса, в этой главе также рассмотрены работы их последователей.

КПАТ ПЕРВОЙ ВОЛНЫ: ФОРМИРОВАНИЕ РЕАЛЬНОСТИ

Рот (1987, 2001) использовала *«применение методов модификации поведения (оперантное обусловливание и моделирование) в практике арт-терапии (с эмоционально нарушенными и умственно отсталыми детьми)»* (1987, с. 216). Этот тип арт-терапии подпадает под характеристику первой волны поведенческо-когнитивного лечения. Рот строила свою терапию на оперантной обуславливающей технике формирования и приближения человека к *«желаемому поведению с помощью небольших шагов, которые постепенно приводят к конечному поведению»* (1987, с. 214). Кроме того, «формирование цепочки», еще один метод операнта, также помогает клиенту освоить последовательность шагов для достижения адаптивного поведения.

Как формирование самого поведения, так и формирование цепочки сопровождаются подкреплениями и подсказками (эти техники применяются многими психотерапевтами, включая психодинамически ориентированных специалистов).

Рот назвала свой комбинированный подход, состоящий из поведенческой терапии и арт-терапии, «формированием реальности». Ее метод помогал клиенту обнаружить ту концепцию, которая первоначально ускользала от его понимания. Сначала с помощью арт-терапевта клиент представляет свою проблему в виде образа. Далее ребенок с помощью самых разнообразных художественных материалов строит и реконструирует созданные им образы, причем процесс может повторяться. Для исследования образа ребенка поощряют применять все более сложные материалы — как для двухмерного творчества (2D) (карандаши, краски, коллажи и пр.), так и для трехмерного (3D) (пластилин, песок, глина и пр.).

Цель формирования реальности основана на принципе, что разработка и построение схемы (через ментальные и графические образы) для сложных, эмоционально насыщенных ситуаций является средством структурирования первоначально запутанного, дисфункционального мышления и способно помочь клиенту получить контроль над своими деструктивными побуждениями. Результатом работы является создание новой, полностью сформированной схемы, которая формируется «здесь и сейчас» и основана на реальности.

Рот выдвинула гипотезу, что правильно сформированная схема улучшает понимание ситуации и в конечном итоге позволяет ребенку

совместно с арт-терапевтом оценить как ценность самой схемы, так и те негативные последствия, которые могут наступить в случае, если это творение будет уничтожено.

В качестве примера Рот описала процесс формирования адекватной реальности у Ларри — ребенка с низким интеллектуальным уровнем и деструктивным поведением, который поджег свой дом. Используя строительные палочки, Рот первоначально сама сформировала плоскую модель дома, которую Ларри использовал в качестве шаблона для создания других домов. После нескольких сеансов формирования 2D-домов Ларри был готов строить 3D-дома. Он относился к домам, которые рисовал или строил, с осторожностью, что совпало с изменением его представления о доме его семьи как о чем-то, что следует защищать, а не разрушать.

Однако не следует забывать, что в этом подходе формирование реальности не *«оценивает внутренние психологические переменные»* (Roth, 2001, с. 208). В то же время после того, как поведение ребенка будет контролироваться посредством вновь приобретенного обучающего опыта, становится возможным раскрыть его внутреннюю тревожащую информацию — и это также может быть исследовано.

Рот сочла нужным напомнить арт-терапевтам, что они регулярно используют поведенческие принципы в своей работе как само собой разумеющееся. Например, подкрепление — распространенный классический условно-поведенческий принцип моделирования поведения — является важным компонентом работы с детьми, имеющими проблемы поведения. Подкрепление также поощряет тех, у кого есть сложности с вовлечением в арт-процесс, а другим пациентам помогает продолжать работать над проблемой, даже когда это вызывает у них затруднения.

Побуждение является второй поведенческой техникой, широко используемой арт-терапевтами (Meilberg, 1998; Roth, 2001). Всем известны примеры простых подсказок типа *«теперь пришло время поработать над вашим художественным проектом»* или *«хотя вы говорите, что ваш рисунок завершен, здесь много пустого пространства, возможно, вы хотели бы что-то туда добавить»*.

В своей работе со многими клиентами Рот видела большую пользу в применении поведенческих техник как части процесса арт-терапии. По ее мнению, наибольший эффект достигался с помощью комбинирования эмпирических методов рисования или лепки с поведенческими методами моделирования, подкрепления и систематического обучения. Именно Рот открыла дверь в область сочетания когнитивно-поведенческой терапии и арт-терапии.

КПАТ ВТОРОЙ ВОЛНЫ: ТЕОРИЯ ЛИЧНОСТНЫХ КОНСТРУКТОВ И АРТ-ТЕРАПИЯ

Не случайно два теоретика арт-терапии, Дженис Карнес и Дженни Райн, использовали работу Джорджа Келли (1955/1991) для концептуализации когнитивного подхода к арт-терапии. Как указывалось ранее в этой главе, личностные конструкты Келли (или представления и гипотезы о своем мировоззрении) легко переводятся с устных на нарисованные конструкты.

Карнес

В конце 1970-х Карнес (1978, 1979) была обеспокоена тем обстоятельством, что арт-терапевты уделяют слишком мало внимания пониманию когнитивных аспектов арт-терапии. В связи с этим она предположила, что через понимание основ когнитивной терапии арт-терапевты смогут расширить свое понимание терапевтической значимости и арт-терапии. Карнес отметила, что образы, визуальное мышление и творчество (каждый из которых является аспектом арт-терапии) одновременно характеризуют особенности познания, поэтому предположила, что арт-терапевты, осознав важность познания, захотят включить его атрибуты в свою работу:

«Когнитивная терапия подчеркивает способность человека создавать символы, думать и рассуждать о мышлении. КПТ разделяет “Я”: “Я”, которое переживает, и “Я”, которое отстраняется, наблюдает и думает о своем опыте. Это двойственное “Я” также проявляется в арт-терапии и изобразительной деятельности. Это субъективное, переживающее себя “Я”, которое создает произведение искусства, и объективное, наблюдающее себя “Я”, которое думает о значении того, что он или она сделали» (с. 69).

В частности, Карнес предположила, что Келли и его модель психологии личностных конструктов (ТЛК) могут послужить подходящей основой для обсуждения когнитивного подхода к арт-терапии. Ей принадлежит гипотеза, что личностные конструкты могут быть как словесными, так и невербальными и что создание произведения искусства предоставляет возможность выражать невербальные идеи, которые могут находиться в ядре системы конструктов человека. Карнес также предугадала, что создание предмета искусства способно расширить

и обогатить личную систему построения конструкторов. С более сильной системой личностных конструкторов расширяется диапазон возможных решений личностных проблем. Также Карнес выдвинула идею, что использование предмета искусства, созданного в процессе лечения, является быстрым и эффективным способом экспериментирования по формированию новых конструкторов или поиску альтернативных способов решения проблем. Пример такого подхода — рисунок клиента во время сессии с изображением на нем проблемной ситуации. Просмотр эскиза этого конструктора вызывает желание изменить структуру картины, чтобы она более соответствовала ожиданиям человека, была менее размытой и *«предоставляла зрителю... изображение возможных событий»* (с. 74). Карнес обнаружила, что *«новые мысли или конструкторы не рассматриваются Келли жестко как озарение, а скорее как гипотезы, которые необходимо проверить и принять, только если они будут полезны»* (с. 73). Дополнения или исключения, соответствующие уровню используемой техники, могут изменить конструктор, сделав его менее напряженным.

Карнес расширила идеи Келли относительно свободных и жестких систем конструкторов, рассмотрев их с точки зрения искусства. Согласно Карнес, творчество обычно начинается с рыхлой, нечеткой конструкции, а после преобразования *«заканчивается сжатым и надежным конструктором»* (с. 73). Как обсуждалось в предыдущей главе в разделе о Келли, если система человека слишком жесткая, творческое мышление «зажато». И наоборот, если система человека слишком свободна, бывает трудно приступить к творческой работе, пока не происходит некое «втягивание». По словам Карнес, для Келли было ясно, что работа терапевта заключается именно в том, чтобы одновременно и освободить, и *«обуздать»* воображение клиента, в противном случае *«может быть бесконечное повторение старых жалоб и привычных мнений»* (с. 73).

Райн

Райн также использовала работу Келли в качестве одного из нескольких теоретических направлений своего докторского исследования (Rhynе, 1979b). Как и Карнес, она выдвинула гипотезу о том, что рисунки и прочие находящиеся в воображении произведения искусства являются выражением личностных конструкторов. Она предположила, что когнитивные и эмоциональные компоненты переживаний, выявленных в процессе лечения, переплетены между собой, поэтому и то и другое требует к себе внимания. У своих клиентов Райн заметила наличие

связи между их мыслями и чувствами. Попросив каждого участника своего диссертационного исследования создать набор рисунков «состояний внутреннего мира личностных конструктов», она подтолкнула их к более широкому пониманию себя и своих индивидуальных систем убеждений. Райн обнаружила, что, когда участники понимали биполярную природу нарисованных ими конструктов, смысл их рисунков становился богаче и был более продуман. С помощью модели личностных конструктов она обнаружила, что когнитивный и эмоциональный компоненты опыта неразрывно связаны между собой.

Основываясь на работах Келли, Райн исследовала рисунки личностных конструктов, пытаясь выявить общие визуальные элементы, характерные для различных эмоций. Она предположила, что 15 наиболее часто встречаемых чувств или состояний разума помогут создать общую картину того, как люди справляются с эмоциями (Rhyne, 1979b). Она предложила 50 участникам создать небольшие черно-белые рисунки с каждым чувством, или личностным конструктом эмоций (см. Приложение Б: шаблоны рисунков для создания личностных конструктов). В процессе нахождения общих черт и различий между нарисованными личностными конструктами участники: 1) обнаружили, какие эмоционально заряженные ситуации в их жизни вышли из-под контроля; 2) использовали рисунки состояний внутреннего мира для того, чтобы понять, какие чувства предшествовали неудачным периодам; 3) научились использовать свое внутреннее состояние для регулирования эмоционального фона и достижения благополучия.

Состояния внутреннего мира рисовались с помощью трех черных маркеров разной толщины на белых квадратах 5 × 5 см. Такое единообразие помогло провести сравнение и противопоставление рисунков для каждого участника исследования и для всей группы в целом. Чтобы собрать базу данных с конструктами эмоциональных состояний, Райн видоизменила репертуарную решетку, созданную Келли. Элементами решетки Райн стали 15 эмоциональных состояний, которые она предложила считать репрезентативными для полного спектра эмоций, исходя из теории визуальной грамотности. Гипотеза Райн касалась отдельных визуальных элементов рисунков, характеризующих каждое чувство. Она также использовала триадный метод, предложенный Келли (см. Приложение Б для решетки Райн) для сбора количественных данных, необходимых для анализа опыта участников исследования. Для оценки степени взаимосвязи между рисунками применялась статистическая программа. Задача участника состояла в том, чтобы сравнить и сопоставить рисунки эмоциональных состояний и определить общие визуальные элементы для каждой эмоции.

В своей диссертации Райн сначала рассмотрела данные всей группы, а затем в качестве дополнительных исследований проанализировала наборы рисунков состояний внутреннего мира пяти участников. Одна из участниц по имени Сьюзен быстро поняла задачу: сравнить и сопоставить свои рисунки с перечнем своих чувств (полный комплект 15 рисунков Сьюзен с состояниями ума см. на рис. 5.1). Райн включила Сьюзен в состав участников тематического исследования, поскольку она одновременно проходила терапию из-за имеющихся у нее проблем в принятии важных решений. Райн обнаружила, что решения относительно рисунков Сьюзен принимала быстро и разумно (в отличие от принятия решений в реальной жизни).

Райн обсудила со Сьюзен одну похожую группу («под угрозой» и «схожу с ума») и одну контрастную группу («надеюсь» и «под угрозой»). В первом случае Сьюзен сказала Райн, что «сходить с ума» было «неуклюжим и сжимающим рисунком и что это было “ошеломляющим” чувством» (Rhyne, 1979b, с. 178). Сьюзен использовала одинаковые дескрипторы для обоих рисунков, включая диагональные, угловые, статические, упорядоченные и крупные (рис. 5.2).

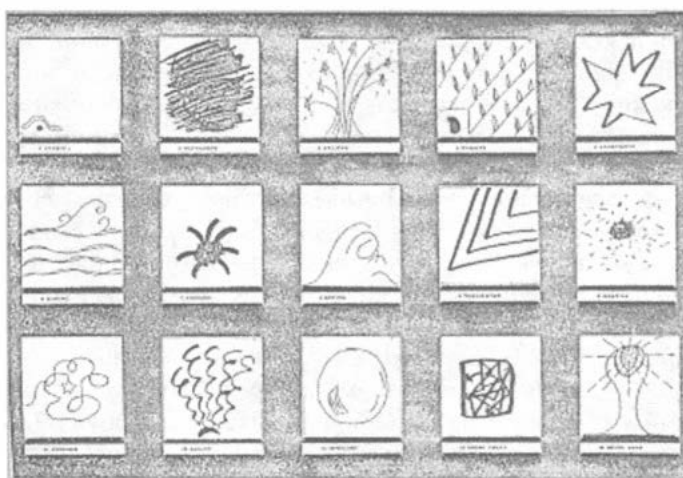


Рис. 5.1. Набор рисунков психоэмоциональных состояний Сьюзен

- Слева направо / сверху вниз: 1) страшно; 2) подавлена; 3) возбуждена; 4) пассивна; 5) агрессивна; 6) безмятежна; 7) тревожна; 8) надеюсь; 9) под угрозой; 10) враждебна; 11) любопытна; 12) виновата; 13) невиновна; 14) схожус ума; 15) чувствую себя нормально.

Источник: Drawing as Personal Constructs: A Study in Visual Dynamics (p. 179), by J. Rhyne, 1979. (Unpublished doctoral dissertation). University of California Santa Cruz, Santa Cruz, CA.

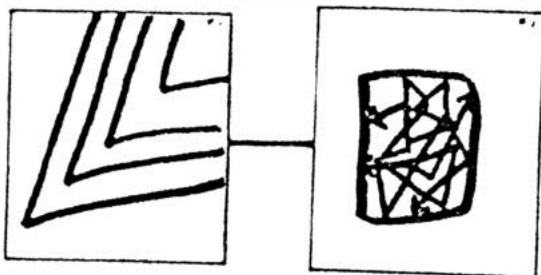


Рис. 5.2. Кластер сходства Сюзен (9 — под угрозой; 10 — враждебна)

Источник: *Drawing as Personal Constructs: A Study in Visual Dynamics* (p. 180), by J. Rhyne, 1979. (Unpublished doctoral dissertation). University of California Santa Cruz, Santa Cruz, CA.

Контрастную группу Сюзен выбрала в надежде противостоять угрозе (рис. 5.3). Райн пишет, что при обсуждении «угрожающего» рисунка Сюзен использовала многочисленные эмоционально наполненные дескрипторы, в том числе статичные, подавляющие, зажатые и спрессованные. Для рисунка «надежды» она использовала следующие термины: легкий, воздушный, нежный, хрупкий и плавный. Райн предположила, что у Сюзен было «глубокое понимание различий между ее переживаниями угроз и надежды» (Rhyne, 1979b, с. 182).



Рис. 5.3. Контрастная группа Сюзен (8 — надеюсь; 9 — под угрозой)

Источник: *Drawing as Personal Constructs: A Study in Visual Dynamics* (p. 181), by J. Rhyne, 1979. (Unpublished doctoral dissertation). University of California Santa Cruz, Santa Cruz, CA.

Во время обсуждений рисунков Райн обнаружила, что Сюзен была в растерянности (ошеломлена), когда на нее «давили внешние силы»

(Rhyne, 1979b, с. 183). Сьюзен также призналась, что надеяться *«было страшно»*.

Райн сообщила, что использование рисунков состояния внутреннего мира или личностных конструктов помогло Сьюзен понять не только свой визуальный язык, но и свои сложные эмоции. Как описано в главе 4, в рамках теории личностных конструктов (ТЛК, англ. РСТ) это соответствует первому этапу терапии. Келли называл этот шаг контролируемой разработкой, во время которой Сьюзен смогла идентифицировать свои проблемы с привязкой ко временной шкале, в результате чего у нее возникло понимание, что конструкты не фиксированы и должны восприниматься как временные. Подобно второму этапу в терапии ТЛК, называемому транзитивной диагностикой, следующий шаг для арт-терапевта заключался в дальнейшем изучении этих вопросов путем разработки плана терапии.

И Карнес, и Райн нашли общий язык и с когнитивной теорией, и с арт-терапией. Используя когнитивную теорию второй волны, каждая из них смогла заложить основу для КПАТ. Они обнаружили, что при одновременной оценке мыслей и эмоций клиенты лучше понимали свои интерпретации окружающего их мира. Это понимание подкреплялось рисованием проблем, затруднений и чувственных состояний. Таким образом, зародился КПАТ.

Резюме

Благодаря работе трех вышеупомянутых в этой главе теоретиков (Рот, Карнес и Райн) была заложена когнитивно-поведенческая основа арт-терапии. Они бесстрашно «окунались» в когнитивную сферу. В 1970-х и 1980-х годах это был революционный момент в арт-терапии. Как писала Карнес (1978), *«во многих статьях по арт-терапии эмоциональные элементы изучаются без должного учета когнитивных аспектов»* (с. 91). Даже Рот (2001) признавала, что *«сначала идея поведенческого подхода в арт-терапии может показаться противоположной процессуальной ориентации арт-терапии»* (с. 197). Тем не менее эти начинания помогли многим арт-терапевтам переосмыслить содержание подходов и вмешательств, используемых в их работе. В следующем разделе рассмотрено несколько методов, разработанных в первые годы возникновения КПАТ.

УКРЕПЛЕНИЕ ПОЗИЦИЙ КПАТ КАК ЛЕГИТИМНОГО ПОДХОДА К АРТ-ТЕРАПИИ

С целью разработки программы арт-терапии, которая решала бы проблемы поведения, в 1980-х годах у меня возникла возможность приступить к исследовательскому проекту, направленному на то, чтобы выяснить, как лучше всего лечить детей и подростков с эмоциональными и поведенческими расстройствами (Rosal, 1985). Мне было интересно понять, имеется ли у этих детей именно внешний локус контроля (ЛОС), как предполагал Роттер (1954), а затем исследовать, поддается ли он у них изменению. Для начала я провела два метаанализа. Во-первых, чтобы выяснить, действительно ли у детей с проблемами поведения был внешний локус контроля в отличие от детей с отсутствием таких проблем (у них должен бы быть внутренний локус контроля), и во-вторых, чтобы исследовать, какие виды терапевтических вмешательств могут обеспечить наиболее эффективные способы работы с такими детьми.

Неудивительно, что дети с трудностями в поведении имеют более сильную внешнюю ЛОС-ориентацию по сравнению с детьми без подобных проблем. Но для меня было настоящим открытием, что наиболее эффективным типом вмешательства для помощи детям с внешним ЛОС оказалась КПТ. Этот результат побудил меня изучить методические подходы, используемые в когнитивно-поведенческой терапии (КПТ, англ. СВТ) и изо всех сил попытаться найти «общий язык» между когнитивно-поведенческой терапией и арт-терапией.

Разработка программы КПАТ

Чтобы выполнить задуманное, я использовала девять наиболее рекомендованных методов КПТ, которые обнаружила после проведения двух метаанализов терапевтического воздействия на локус контроля. В программу арт-терапии для изменения поведения включила следующие найденные в исследованиях стратегии КПТ:

- 1) непредвиденные обстоятельства (Rose, 1980; Spivack & Shure, 1974; Wodarski, Feldman & Flax, 1974);
- 2) мысленные образы (Barry, 1982; Stanton, 1982);

- 3) моделирование (Kazdin, 1974);
- 4) модифицированная десенсибилизация (Goldfried, 1971);
- 5) решение проблем (D 'Zurilla & Goldfried, 1971);
- 6) релаксация (Barry, 1982; Stanton, 1982, 1982);
- 7) прививка от стресса (Meichenbaum, 1975);
- 8) устное самообучение (Barry, 1982; Meichenbaum & Cameron, 1973);
- 9) личная работа по построению конструкта (Kelly, 1955/1991; Monte, 1980; Rhyne, 1979a, 1979b).

Программа КПАТ была разработана на основе данных, учитывающих результаты двух метаанализов, которые охватили 20 сессий. Каждая сессия планировалась до начала вмешательства и включала в себя:

- тему сессии;
- подробные цели;
- конкретный выбор общедоступной информации для подкрепления важности выбранных целей;
- четкие устные инструкции;
- темы для обсуждения.

Каждая сессия разрабатывалась на основе материала предыдущей сессии в последовательности их прохождения.

Базовая структура каждого занятия включала: 1) период релаксации, который помогал детям успокоиться и отключиться от нежелательных обстоятельств, что способствовало дальнейшей активной работе; 2) образную деятельность, когда детей просили представить определенные ситуации; 3) выбор направления для творчества или использование медиа; 4) время для работы с художественными материалами; 5) уборку; 6) обсуждение и обратную связь.

В течение последних трех сессий детям предлагалось взаимодействовать друг с другом, в то время как арт-терапевт задавал вопросы, разъяснял проблемы, отмечал групповую динамику и помогал участникам, испытывающим трудности в коммуникации.

Ключевые элементы КПАТ

Одним из ключевых элементов программы КПАТ, которая является объединением подходов КПТ с экспериментальным эмпирическим характером арт-терапии, стало использование внутренних, или ментальных, образов. Было обнаружено, что образы оказывают глубокое влияние на человека и могут быть терапевтически значимыми для

изменения точек зрения, конструктов и самого поведения. Бандура (1977) выдвинул гипотезу, суть которой заключается в том, что возникновение ментальных образов является когнитивным процессом, способным усиливать поведение. Я применяла этот психологический конструкт в качестве заставки каждой сессии. Воображение сочеталось с расслаблением, поскольку возникновение ментальных образов идет легче, когда человек находится в расслабленном состоянии (Lusebrink, 1990).

Другие методы модели КПАТ делают акцент на способности человека использовать высшие психические процессы, такие как создание образов, категоризация, решение проблем и мышление, а также самообучение и самооценка. В КПАТ терапевт активен и руководит всем ходом лечения. Устные инструкции хорошо помогают раскрытию как ментальных, так и визуальных образов-решений. Еще одной важной задачей арт-терапевта является обучение искусству коммуникации. Арт-терапевт регулярно поощряет и вознаграждает позитивное и про-социальное поведение.

Таким образом, КПАТ использует описанные методы, в том числе специализированные инструменты обработки изображений и коммуникаций, а также структурированный подход для помощи в замене внешнего локуса контроля на внутренний и изменения связанного с этим неадаптивного поведения.

Использование ментальных образов в качестве средства, позволяющего клиенту стать более ориентированным именно на свой внутренний мыслительный процесс, является важным аспектом КПАТ. В программе КПАТ по поведенческим расстройствам на протяжении всего протокола лечения детей обучали, как использовать собственные ментальные образы. После коротких упражнений на расслабление дети, к примеру, представляли, как они отправляются в школу, при этом надо было вспомнить отдельные ключевые моменты этого путешествия. Другие короткие путешествия были вымышленными и включали в себя препятствия, которые нужно было преодолеть (например, восхождение на гору, чтобы добраться до вершины, или поход в пещеру, чтобы одолеть дракона и найти сокровище). Детали решения возникающих проблем в этих путешествиях с ментальными образами были для детей не только захватывающими, но и побуждали их думать и при появлении трудностей находить решение (к примеру, как они будут преодолевать препятствия) (см. рис. 6.24, 6.25 и 6.26). Другие образы были более статичными, например воображение их классной комнаты и визуализация, как они там передвигались.

Интеграция психологии личностных конструктов (ПЛК) в КПАТ

Психология личностных конструктов (ПЛК, англ. RCP) и деятельность крайне необходимы для начала концептуализации КПАТ. Как указывалось ранее, для более глубокого понимания ценности арт-терапии и Карнес, и Райн сочли наиболее действенной именно эту теорию когнитивной психологии. ПЛК (англ. RCP) исполняет две функции в КПАТ, а именно служит для оценки и для проведения терапии.

ПЛК (RCP) в проведении оценки КПАТ

Опираясь на новаторскую работу Келли и на дополнения других терапевтов RCP, таких как Уостер (1970), Сэлмон (1976), Равенетт (2005) и Райн (1979a, 1979b), можно предположить, что раскрытие личностных конструктов поможет и терапевтам, и клиентам определить области их жизни, которые являются проблемными и нуждаются в терапевтическом внимании. Использование репертуарной решетки — это когнитивно-процессуальная помощь для выявления подобных конструктов. Как указывалось в главе 4, для выявления личностных конструктов Келли (1955/1991) использовал значимых (ключевых) людей в жизни клиента — друзей и родственников (элементы). (Помните, что конструкты или гипотезы — это то, как люди видят свой мир.) Первоначально он просил клиента сравнить и сопоставить три элемента (человека) одновременно. Затем он спрашивал клиента, какие два элемента похожи, и далее интересовался, насколько они похожи, и просил объяснить, как третий от них отличается (эти проявления называются конструктами). Сравнение двух одинаковых элементов с тем, который отличается, представляет биполярность личностного конструкта (например, эти два человека внимательны к клиенту, а третий человек может быть резким). Уостер и Сэлмон увидели, что для детей исходная решетка Келли была слишком абстрактной, поэтому они начали использовать фотографии других детей, которые в этом контексте являлись элементами. Равенетт и Райн пошли дальше и для того, чтобы начать процесс определения личностных конструктов, просили клиентов нарисовать элементы (вместо использования имен ключевых людей).

Арт-терапевты могут разработать свою собственную оценку ПЛК (англ. RCP). В упомянутом выше исследовании я попросила участников нарисовать восемь портретов детей (то есть элементов), вовлеченных

в различные виды деятельности (образец одного из нарисованных элементов см. на рис. 5.4):

1. Кто-то учится в школе.
2. Кому-то плохо в школе.
3. Кто-то мечтает.
4. Кто-то дома делает уроки.
5. Кто-то нарушает закон.
6. Кто-то помогает другим.
7. Кто-то борется с другими.
8. Кто-то играет с другими.

Как вы можете заметить, рисунки-элементы имеют непосредственное отношение к опыту детей и внешнюю или внутреннюю ориентацию локуса контроля.

Чтобы определить, как каждый ребенок видит свой мир, использовались биполярные словесные конструкторы, полученные из общего группового опыта детей (методика Сэлмона (1976), обнаружившего, что при работе с детьми использование общего группового опыта уменьшает возможность семантических ошибок). Были задействованы следующие восемь конструкторов:

1. Кто любит школу больше всего/ меньше всего?
2. Кто самый счастливый/самый несчастный?
3. Кто больше всего похож на тебя/меньше всего похож на тебя?
4. Кто сделает других детей наиболее довольными/самыми злыми?
5. Кто учится лучше всех/хуже всех?
6. Кто сделает учителя наиболее довольным/самым злым?
7. Кто чувствует себя наиболее взрослым/наименее взрослым?
8. Кем бы ты больше всего хотел быть/меньше всего хотел быть?

Эти вопросы задаются, чтобы побудить детей выбрать из всего набора рисунок, соответствующий их ответу. Например, участник может выбрать рисунок 1 в ответ на первый вопрос (кто больше всего любит школу) и рисунок 2 для того, кто любит школу меньше всего. Вопрос 1 повторяется до тех пор, пока все 8 рисунков не будут выбраны и разложены в порядке очередности их выбора. Поскольку рисунки пронумерованы от 1 до 8, после выбора рисунка в ответ на вопрос собирается массив данных. Используя программы FOCUS и SOCIOGRIDS, можно

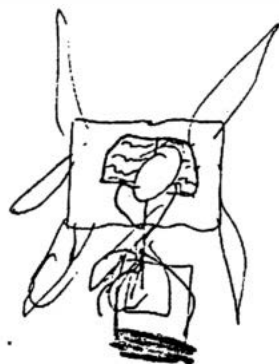


Рис. 5.4. Рисунок личного конструктора, изображение Скоттом человека, который учится в школе

разработать профиль ребенка, иллюстрирующий, как он увидел себя в своей среде (Shaw, 1980).

Пример решетки ПЛК (РСР), показанной на рис. 5.5, сделан для Скотта, у которого были серьезные проблемы с поведением. Из таблицы следует, что первоначально Скотт выбрал и сопоставил три элемента-кластера: кто больше любит/меньше любит школу; кто учится лучше всех/хуже всех; кто сделает учителя наиболее довольным/самым злым. Подход второго уровня сочетал две следующие пары: кто самый счастливый/самый несчастный; кто делает других детей наиболее довольными/самыми злыми. Три наименее подходящих конструкта: кем бы ты больше всего хотел быть/меньше всего хотел быть; кто больше всего похож на тебя/меньше всего похож на тебя; кто чувствует себя наиболее взрослым/наименее взрослым.

Расстояние между этими тремя конструктами может указывать на то, что самооощение Скотта нестабильно и что существует несоответствие между тем, как он видит себя и каким он хотел бы быть. Например, он выбрал рисунок кого-то, кто плохо вел себя в школе, в ответ на вопрос, кто больше всего похож на тебя, и рисунок кого-то, кто дома делает уроки, в качестве ответа на вопрос, кто меньше всего похож на тебя. Эта информация была использована для прояснения конкретных целей арт-терапии Скотта.

Использование ПЛК (РСР) в КПАТ

Идея сравнения и сопоставления личных проблем выступает фундаментально важным аспектом КПАТ. Это та самая концепция, которая является неотъемлемой частью работы Келли. Поэтому и Карнес, и Райн сочли этот когнитивный процесс актуальным для арт-терапии. Некоторые примеры использования ПЛК (РСР) в арт-терапии, рекомендованные Райн, включают индивидуальное сравнение и противопоставление эмоциональных состояний. Работа Райн содержала 15 психоэмоциональных состояний, но я решила, что для детей их можно разделить на четыре группы эмоций — злой, грустный, радостный и напуганный. Перечисленные настроения или эмоции знакомы детям, и большинство из них испытывали одно или каждое из них при взаимодействии с окружающей средой и другими людьми. Четыре рисунка настроения можно сравнить и сопоставить друг с другом аналогично процессу, предложенному Келли и Райн.

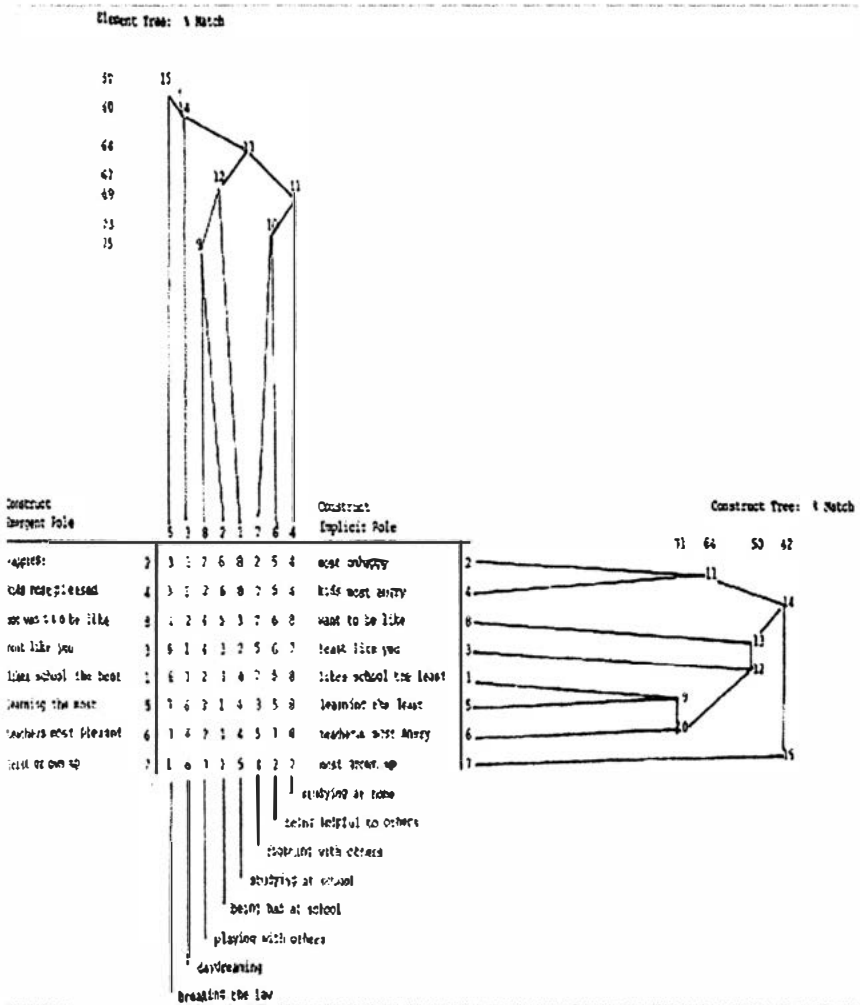


Рис. 5.5. Решетка Скотта для анализа ПЛК (PCP)

Например, четыре рисунка настроения Скотта были легко расшифрованы членами его группы. Рисунки сердитого и грустного были похожи, но дети обратили внимание, что печальный рисунок казался злым, а злой рисунок — печальным (рис. 5.6 и 5.7). После того как Скотту указали на это, он более реалистично оценил свое настроение и пришел к выводу, что когда ему грустно — это его злит и он на кого-то



Рис. 5.6. Рисунок Скотта грустного



Рис. 5.7. Рисунок Скотта, испытывающего гнев

набрасывается. Чтобы укрепить свое понимание этих двух эмоций, он создал злую маску (рис. 5.8). Элементы злой маски иллюстрировали его улучшенное понимание гнева и его отличие от грусти. Следует отметить, что в злой маске появились некоторые необычные элементы — из головы идет огонь. У маски также есть третий глаз, что может быть связано с новым пониманием своих эмоций.

Другая методика КПАТ, основанная на ПЛК (РСР), предполагает, что участники создают рисунки, предназначенные для размышлений о себе и своих переживаниях. Примерами такого типа вмешательства могут служить раздумья о жизненных этапах: «когда я был моложе», «я сейчас» и «я через несколько лет».

Создание двух рисунков, сравнивающих те моменты в школе, которые нравятся, и один, который не нравится, полезно для детей, имеющих проблемы в школе. Сначала следует выявить конкретные проблемы, а затем арт-терапевт воспользуется полученной информацией для помощи ребенку в их решении.

Для размышления об изменениях, произошедших во время арт-терапии, участникам предлагается сделать два рисунка: 1) каким вы были в начале лечения; 2) какой вы сегодня. Группу Скотта попросили создать эти два рисунка во время заключительной сессии КПАТ. На рис. 5.9 Скотт изобразил себя счастливым человеком. Он признался, что никогда не понимал, что такое быть счастливым, а теперь чувствует себя таким, какой он тут нарисован.

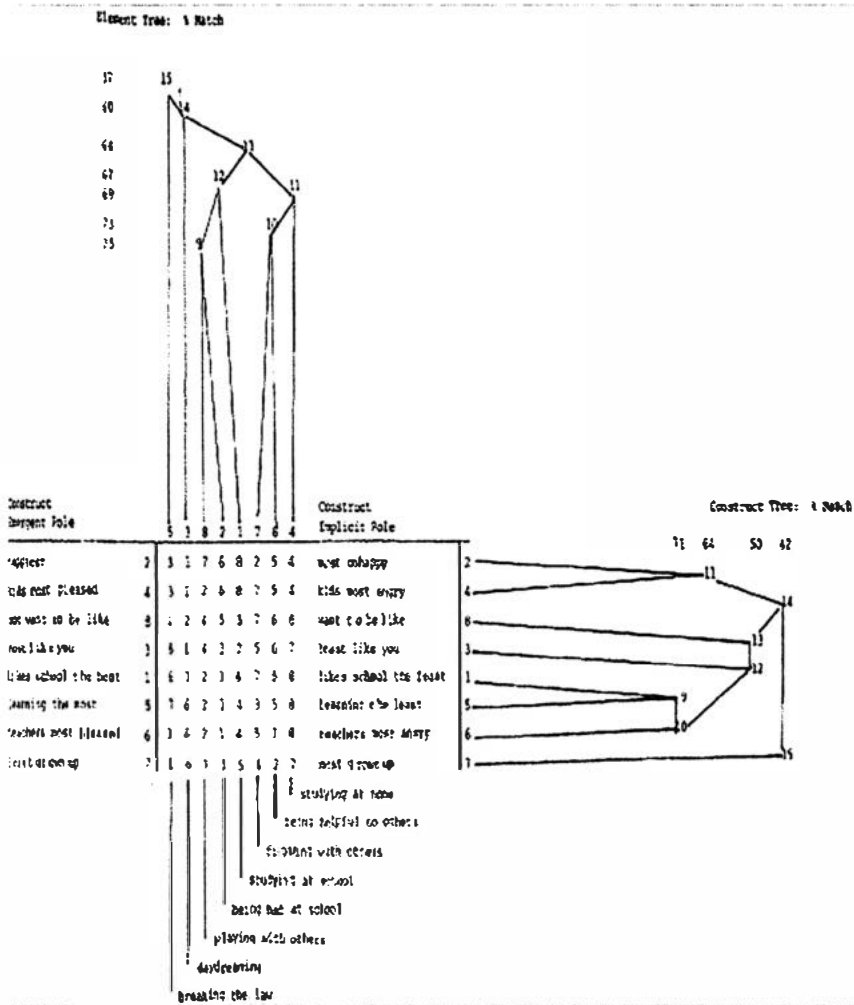


Рис. 5.5. Решетка Скотта для анализа ПЛК (PCP)

Например, четыре рисунка настроения Скотта были легко расшифрованы членами его группы. Рисунки сердитого и грустного были похожи, но дети обратили внимание, что печальный рисунок казался злым, а злой рисунок — печальным (рис. 5.6 и 5.7). После того как Скотту указали на это, он более реалистично оценил свое настроение и пришел к выводу, что когда ему грустно — это его злит и он на кого-то



Рис. 5.6. Рисунок Скотта грустного

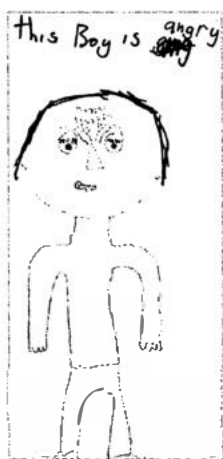


Рис. 5.7. Рисунок Скотта, испытывающего гнев

набрасывается. Чтобы укрепить свое понимание этих двух эмоций, он создал злую маску (рис. 5.8). Элементы злой маски иллюстрировали его улучшенное понимание гнева и его отличие от грусти. Следует отметить, что в злой маске появились некоторые необычные элементы — из головы идет огонь. У маски также есть третий глаз, что может быть связано с новым пониманием своих эмоций.

Другая методика КПАТ, основанная на ПЛК (РСР), предполагает, что участники создают рисунки, предназначенные для размышлений о себе и своих переживаниях. Примерами такого типа вмешательства могут служить раздумья о жизненных этапах: «когда я был моложе», «я сейчас» и «я через несколько лет».

Создание двух рисунков, сравнивающих те моменты в школе, которые нравятся, и один, который не нравится, полезно для детей, имеющих проблемы в школе. Сначала следует выявить конкретные проблемы, а затем арт-терапевт воспользуется полученной информацией для помощи ребенку в их решении.

Для размышления об изменениях, произошедших во время арт-терапии, участникам предлагается сделать два рисунка: 1) каким вы были в начале лечения; 2) какой вы сегодня. Группу Скотта попросили создать эти два рисунка во время заключительной сессии КПАТ. На рис. 5.9 Скотт изобразил себя счастливым человеком. Он признался, что никогда не понимал, что такое быть счастливым, а теперь чувствует себя таким, какой он тут нарисован.



Рис. 5.8. Разъяренная маска Скотта с пламенем, вырывающимся из его головы, и Третьим глазом



Рис. 5.9. Рисунок Скотта в конце групповой арт-терапии, показывающий, как он счастлив

Источник: из «Approaches to Art Therapy with Children» (p. 178), by M. L. Rosal, in *Art for All the Children*, by F. E. Anderson (ed.), 1992, Charles C. Thomas. Reprinted with permission; and with permission from *Approaches to Art Therapy with Children* (p. 64), by M. L. Rosal, Burlingame, CA. Перепечатано с разрешения Abbeygate Press.

Резюме

КПАТ разрабатывалась с использованием теорий и методов поведенческой терапии, когнитивной психологии, когнитивно-поведенческой теории и терапии, психологии личностных конструкторов, а также частных теорий, сформулированных профессионалами арт-терапии. Идеи, выдвинутые Рот, Карнес и Райн, позволили концептуализировать и продвинуть внедрение КПАТ в практику. Интеграция всех разработок в программу КПАТ была тщательно продумана и затем включена в протокол терапии для детей с поведенческими трудностями. В программу вошли наиболее эффективные концепции лечения (по информации, полученной в результате двух метаанализов). Подтвердилось, что объединение арт-терапии с КПТ полезно для детей и подростков с различными нарушениями поведения.

ДРУГИЕ ПРИМЕРЫ ВТОРОЙ ВОЛНЫ КПАТ

В книге, написанной в 2001 году (Rosal, 2001), я обнаружила, что многочисленные арт-терапевты использовали КПАТ в своих работах в 1970-х, 1980-х и 1990-х годах. Большая часть ранней поведенческой терапии, а также работа по КПТ начиналась с детей, что неудивительно, потому что управление поведением часто требуется именно при работе с проблемными молодыми людьми. В первые годы КПАТ арт-терапевтов, работающих со взрослыми, было намного меньше, но краткий обзор их методов все же может дать представление о ранних техниках КПАТ. Примеры арт-терапии для обеих возрастных групп рассмотрены ниже.

КПАТ с детьми

В дополнение к работе Рот по формированию реальности (1987, 2001) арт-терапевты также использовали следующие методы (табл. 5.1):

- когнитивное картирование;
- терапия для решения проблем;

- моделирование;
- систематическая десенсибилизация;
- методы релаксации;
- личностные конструкты;
- ментальные сообщения;
- имплозия и прививка от стресса;
- подкрепление и подсказки.

Например, Паккард (1977) использовала технику, которую назвала когнитивным картированием, для приобретения новых навыков детьми с нарушениями функций обучения (англ. learning disabilities – LD). Из-за недостаточно сформированных нейронных взаимодействий у таких детей усвоение знаний или концепций вызывает большие трудности, так как новые идеи или информация частично ускользают. С помощью нарисованных или визуальных изображений, как обнаружила Паккард, новая информация может быть реорганизована или «переписана и закреплена». Иными словами, по ее мнению, переконфигурированные ментальные схемы могут привести к созданию новых нейронных связей и тем самым к расширению возможностей инновационного обучения.

Подобно формированию реальности Рот, у нескольких арт-терапевтов дети рисовали или лепили неприятные личные и социальные ситуации и этим ускоряли поиски решения накопившихся проблем. За описанием сложных событий следовала генерация альтернативных решений в графической форме, что расширяло возможности выбора. Де Франциско (1983), Гербер (1994) и Росал (1985, 1992) рекомендовали четыре метода КПТ для арт-терапии: расслабление, систематическую десенсибилизацию, имплозию и прививку от стресса. Целью этих методов являются снятие стресса и снижение уровня тревожности. Основная идея этих методов — индукция расслабленных состояний. Когда участники расслаблены, для смягчения сложных поведенческих реакций могут быть проведены некоторые другие поведенческие интервенции. Например, Де Франциско (1983) и Гербер (1994) использовали изображения для постепенного воздействия на детей, попавших в опасные ситуации (например, переживших насилие или оказавшихся в зоне боевых действий), для систематической десенсибилизации к объекту или ситуации, которой они боятся или которая вызывает тревогу. Имплозия и прививка от стресса применялись для повышения способности детей справляться с трудностями. Воображаемые и нарисованные изображения использовались

для того, чтобы пополнить эмоциональный опыт детей (De Francisco, 1983). Снижение алекситимии приводило к большей стрессоустойчивости, тем самым нивелировало последствия стресса и, соответственно, вело к росту возможностей совладания (Rosal, 1985, 1992).

Другие виды использования воображаемых образов могут включать в себя реконструкцию тяжелых воспоминаний, добавление или устранение деталей нарисованного изображения, что делает его менее неприятным или угрожающим. Поэтапное создание изображений сложных событий может выявить те места, куда ребенок захочет внести изменения (в изображенный акт агрессии или оскорбительного поведения). Например, дают хорошие результаты рисунки «до», «во время» и «после» обсуждаемого события (Rosal, 1985).

Большую ценность в работах первопроходцев КПАТ представляют описания методик изменения самоконтроля или локуса контроля. Для улучшения навыков эмпатии Гербер (1994) использовала арт-терапию с целью помочь детям получить контроль над проявлениями своих чувств. Работая со всем спектром эмоций (от наиболее простых эмоций до самых сложных комплексных чувств), она способствовала когнитивному пониманию процесса: каким образом эти настроения влияют на то, что подростки чувствуют впоследствии и, соответственно, каким образом действуют. Росал (1985, 1992) обнаружила, что занятия искусством, задействующие как проблемные психические образы, так и сложные состояния чувств, помогали детям обрести более интериоризированное чувство самоконтроля по шкале локуса контроля.

Создание образов внутреннего и внешнего «Я» помогает детям сравнивать и противопоставлять то, как они видят себя и как их видят другие. Это называется экстернализацией внутренних процессов (Gerber, 1994; Gentry & Rosal, 1998; Stanley & Miller, 1993). Изображение личностных конструкторов в рисунках помогает раскрыть внутренний мир детей и экстернализовать его во внешний (Росал, 1985). На основе техник Келли (1955) и Райн (1979а, 1979б) дети создавали картины волнующих их жизненных событий. Эти рисунки изучались детьми вместе с арт-терапевтом для понимания, как они воспринимают свой мир, а также для определения областей, в которых ребенок чувствует себя комфортно или, наоборот, ощущает себя не в своей тарелке.

Таблица 5.1. Методы и цели КПАТ для детей

	КПАТ-техника	ЦелиКПАТ	Адаптация в арт-терапии	Автор(ы) и дата
1	Когнитивное картирование	Выявить дисфункциональные паттерны мышления	Рисование проблемных ситуаций и событий	Паккард (1977)
2	Решение проблем	Найти адаптивный вариант решения проблемного вопроса	Рисование различных вариантов решения проблемы (для увеличения генерации решения и выбора поведения)	Паккард (1977); Росал (1985, 1992, 1993, 1996)
3	Моделирование	Практиковаться и изучать новое поведение	Формирование реальности	Рот (1987)
4	Репаксационные техники	Уменьшить стресс и его проявления; усилить ментальные образы	Использование успокаивающих методик для повышения эффективности релаксации	Росал (1985, 1992, 1993, 1996)
5	Систематическая десенсибилизация	Уменьшить стресс и фобии	Использование образов (ментальных или нарисованных) для медленной экспозиции в отношении опасного объекта или ситуации	ДеФранциско (1983); Гербер (1994)
6	Имплозия и прививка от стресса	Повысить способность справляться со стрессом	Использование образов (ментальных или нарисованных), чтобы вызвать эмоциональные реакции	ДеФранциско (1983); Росал (1985, 1992)
7	Личностные конструкты	Оценивать и рассматривать когнитивные аспекты жизни ребенка	Использование рисуночных конструктов из жизни ребенка для сравнения и противопоставления когнициям	Росал (1985, 1992, 1993, 1996)

	КПАТ-техника	ЦелиКПАТ	А адаптация в арт-терапии	Автор(ы) и дата
8	Ментальные сообщения	Уменьшить негативную внутреннюю речь и повысить самоконтроль	Написать или нарисовать сообщения и пересмотреть их, чтобы уменьшить иррациональность	ДеФранциско (1983); Росал (1985, 1992, 1993, 1996)
9	Ментальные образы	Связать внутренний мир с внешним поведением; для скрытого моделирования или репетиции поведения	Индуктировать расслабление и возникновение психических образов; нарисовать и пересмотреть эти изображения	Росал (1985, 1992, 1993, 1996)
10	Экстернализация внутренних процессов	Раскрыть психические процессы, ведущие к обиде; реструктурировать дисфункциональные модели мышления	Последовательность цикла правонарушений: до, во время и после; рисовать внутри/снаружи себя; маски	Гербер (1994); Gentry и Росал (1998); Рот (1987); Стэнли и Миллер (1993)
11	Оценка состояния чувств	Усилить контроль над негативными чувствами, повысить эмпатию	Рисование состояний чувств (от наименее до наиболее сложных); классификация рисунков состояния чувств	Гербер (1994)
12	Подкрепления и подсказки	Улучшить позитивное, просоциальное и адаптивное поведение	Формирование реальности; структурированный художественный опыт	Рот (1987); Меллберг (1998)

Источник: Adapted from «Cognitive-Behavioral Art Therapy» (p. 216), by M. L. Rosal, in *Approaches to Art Therapy: Theory and Technique*, (2nd ed.), by J. A. Rubin (ed.), 2001, New York, NY: Brunner-Routledge. Перепечатано с разрешения.

КПАТ со взрослыми

Инициатором работы в рамках КПАТ со взрослыми является Рейнольдс (1999), которая посетовала, что «когнитивно-поведенческие подходы почти полностью отсутствуют в литературе по терапии посредством творчества» (с. 165). Я нашла несколько ссылок на КПАТ со взрослыми

в 2001 году (табл. 5.2). Многие арт-терапевты использовали эти методы с людьми с серьезными психическими заболеваниями или экстремальными расстройствами поведения.

Два арт-терапевта применяли КПАТ для людей с расстройствами пищевого поведения. Джентайл (1997) хотела увеличить в этой популяции как внутренний локус контроля, так и самоконтроль. Она проанализировала исследования в данной области, которые показали, что у пациентов с анорексией в основном имеется внешний локус контроля.

Таблица 5.2. Методы и цели КПАТ для взрослых

	Когнитивно-поведенческие методы	Когнитивно-поведенческие цели	Адаптация в арт-терапии	Автор(ы) и дата
1	Управляемые образы сенсорных переживаний	Увеличить локус контроля	Цветные рисунки и коллажи изображений	Боуэн, Росал (1989)
2	Методы in vivo и выявление когнитивных искажений	Идентификация и маркировка триггеров	Создание социальной среды, такой как деревни и карнавалы	Росал, Аккерман-Хасвелл и Джонсон (1994)
3	Увеличение самоконтроля	Увеличить локус контроля	Использование творчества для выражения внутренних чувств	Gentile (1997)
4	In vivo и систематическая десенсибилизация	Уменьшить беспокойство при работе с эмоциями	Ранжирование чувств от спокойствия до вызывающего наибольшее беспокойство	Матто (1997)
5	Систематическая десенсибилизация и методика «наводнения»	Уменьшить степень избегания	Преобразование фотографий, имеющих большую эмоциональную насыщенность, в гобелен	Рейнольдс (1999)

Источник: Adapted from «Cognitive-Behavioral Art Therapy» (p. 216), by M. L. Rosal, in *Approaches to Art Therapy: Theory and Technique*, (2nd ed.), by J. A. Rubin (ed.), 2001, New York, NY: Brunner-Routledge. Перепечатано с разрешения.

Также она обнаружила, что арт-терапия дает *«осязаемое, конкретное и кинестетическое качество, которого не хватает словам»* (с. 196). Таким образом, было высказано предположение, что экстернализация внутренних чувств усиливает локус контроля. Аналогичным образом Матто (1997) использовал метод систематической десенсибилизации, в процессе которой мотивировал женщин изобразить состояния своих чувств от самого спокойного до наиболее беспокойного. Благодаря этому процессу клиенты смогли получить контроль и принять каждое эмоциональное состояние (прежде чем перейти к следующему) в порядке ранжирования тревоги. Рейнольдс (1999) также использовала протокол систематической десенсибилизации для помощи женщинам, переживавшим затянувшееся горевание. Работая с фотографиями человека, которого они потеряли, скорбящие клиентки превращали их в гобелены.

Работая с лицами, совершившими преступления на сексуальной почве, Росал, Аккерман-Хасвелл и Джонсон (1994) выявляли и затем заставляли пациентов рисовать триггеры, которые приводили к неприемлемому поведению. Про рамма арт-терапии также включала воссоздание социальной среды, провоцирующей правонарушения, и обучала тому, как адекватно бороться с триггерами в подобных ситуациях. Целью этого лечения КПАТ было повышение самоконтроля.

Повышение самоконтроля было также целью КПАТ со взрослой женщиной с ограниченными интеллектуальными возможностями (Bowen & Rosal, 1989). Проблемное поведение возникало в закрытом пространстве мастерской и мешало работать. Стресс был одним из главных компонентов серьезных проблем в поведении клиентки. Чтобы помочь успокоиться и уменьшить стресс, женщину обучили техникам релаксации. Они помогли справиться со стрессом в мастерской, что позволило ей сохранить работу.

Резюме

Переходя от теории к практике, арт-терапевты начали экспериментировать с использованием методов КПТ. Для детей, которые испытывают сложности с поведением и трудности в обучении, КПАТ была полезна тем, что помогала изменить поведение и понять сложные чувства, а так-

же смягчить последствия негативных чувств. Использование КПАТ в работе со взрослыми было сфокусировано на применении систематической десенсибилизации для экстернализации неприятных чувств или неадекватных мыслей и их спусковых механизмов.

Целью КПАТ для обеих возрастных групп было усиление совладания, самоконтроля и внутреннего локуса контроля с целью смягчения последствий стресса и, как следствие, разрешения проблемных ситуаций.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Используя принципы, описанные в работах Миллера и Долларда, Бандуры, Роттера, а также Келли, Рот, Карнес и Райн заложили основу для того, чтобы обосновать применимость подхода КПАТ к арт-терапии. Первые КПАТ-терапевты экспериментировали с методами, впервые описанными Эллисом, Мейхенбаумом, Беком, Спиваком и Шуре. Используя когнитивное картирование, систематическую десенсибилизацию, ментальные образы, рисунки личностного конструкта, прививки от стресса, расслабление и экстернализацию внутреннего во внешнее, арт-терапевты добились успеха в применении КПАТ на практике как в работе с детьми, так и со взрослыми клиентами.

Я применила методы лечения, заимствованные у КПТ-терапевтов и из работ Рот, Карнес и Райн, чтобы создать объединенный протокол КПАТ для детей с расстройствами поведения. Программа включала в себя терапевтическую силу образов и релаксации, а также технику сравнения и сопоставления ответов на вопросы, которые касались жизни детей. Совместное использование методик Келли, Карнес и Райн, психологии личностных конструктов и протоколов оценки, предложенных Келли и Райн, стало уникальным методом работы с детьми и подростками, с помощью которого оказалось возможным создать эту программу.

Прогресс в теории КПАТ за последние годы и скрупулезное исследование текущей практики КПАТ рассмотрены в следующей главе. Сегодня число арт-терапевтов, применяющих методы КПАТ, продолжает расти. Подобное направление работы сейчас считается актуальным, увлекательным, интересным и своевременным.

Глава 6

ТЕКУЩАЯ ПРАКТИКА КПАТ

Использование когнитивно-познавательной сущности процесса творчества лежит в основе когнитивно-поведенческой арт-терапии.

M. L. Rosal, 2001

КПАТ, как и КПТ, ставит своей целью выявление и изменение дисфункционального мышления. После того как новая наука о познании и когнитивной психологии была внедрена в поведенческую терапию, внимание переключилось с изменения проблемного поведения на изменение искаженного мышления и раскрытие механизма, каким образом проблемные рассуждения приводят к дисфункциональному поведению. Мышление было не единственным когнитивным процессом, изученным к тому времени, в связи с чем когнитивно-поведенческие терапевты начали уделять внимание всем аспектам познания: мышлению, аффективным и чувственным состояниям, восприятию, образам и поведению (Hofmann & Asmundson, 2008). В 1980-х годах теоретики КПТ начали раскрывать важность эмоций как части процесса когнитивных изменений (Samoilov & Goldfried, 2000). КПАТ-терапевты согласились с этим мнением и задействовали в своей работе весь спектр познания, включая эмоции.

КПАТ, как и КПТ, является проблемно-ориентированным лечением. Помощь клиенту в выявлении проблем, которые привели его в терапию, оказывается с самого начала лечения. Тем не менее, как и в случае с другими подходами в арт-терапии, терапевтам КПАТ необходимо сначала создать с клиентом терапевтический альянс. Развитие позитивных отношений заложит основу для следующих этапов терапевтического процесса, который начинается с понимания проблемы. Как только проблема обнаружена, продолжается работа по формулированию, оспариванию,

гестированию и аннулированию дисфункциональных мыслительных процессов. Когда клиенты соглашаются, что некоторые их мысли ошибочны или некоторые их эмоциональные реакции дисфункциональны, следующим шагом будет изменение или реконструкция когний, чтобы в результате стать более адаптивными и результативными (Hofmann & Asmundson, 2008).

Проверка практик КПТ и КПАТ на эффективность имеет решающее значение для развития подобного теоретического подхода. Если что-то не работает, то не исключено, что методика будет удалена из протокола. Каждая новая практика тщательно исследуется на предмет эффективности. Но даже после того как практика скрупулезно изучена, в дальнейшем она подвергается регулярной проверке, тем самым предоставляя гарантии своей эффективности.

За прошедшие годы КПТ-терапия была многократно всесторонне исследована, и имеются существенные доказательства ее эффективности (то есть результаты лечения положительные). Предоставлены многочисленные фактические данные о воздействии протоколов КПТ на различные группы населения с различной нозологией. Тем не менее тема изучения механизмов изменения когнитивных процессов в КПТ и КПАТ до сих пор все еще находится под пристальным вниманием. Это относится как к процессам, в результате которых происходят терапевтические изменения, так и к кардинальному вопросу «почему они работают?» (Hayes, Nore, & Hayes, 2007; Kazdin & Nock, 2003). В арт-терапии механизмы изменения относятся к характеристикам самих арт-терапевтических процессов и отношений «клиент — терапевт», которые опосредуют терапевтические изменения в КПАТ.

В этой главе рассматриваются современные методы КПТ и КПАТ, а также поэтапно процессы изменений в модели КПАТ. С помощью примеров представлены шесть общепринятых категорий техник КПАТ:

- 1) понимание конструкторов и мыслей;
- 2) работа с чувствами и эмоциями;
- 3) изменение схемы личности;
- 4) использование ментальных образов;
- 5) улучшение навыков решения проблем и преодоления трудностей;
- 6) развитие адаптации и саморегуляции.

Каждая категория включает в себя конкретные цели или мероприятия, которые также будут описаны.

ПОНИМАНИЕ КОНСТРУКТОВ И МЫСЛЕЙ

Чтобы начать исследование текущих процессов КПАТ, я в первую очередь сосредоточусь на том, с помощью каких инструментов арт-терапия может выявить способы построения познания человека. Целесообразно выделить три этапа:

- 1) когда есть понимание того, как клиент создал свои стили мышления и основные конструкты (концепцию внешнего мира), картина проблем раскрывается более четко;
- 2) обсуждение использования КПАТ для обнаружения и оценки проблемного мышления;
- 3) работа над когнитивной перестройкой и переосмыслением сложных мыслительных процессов.

Когниции как конструкт

Начнем этот раздел с краткого обзора механизма формирования мыслей — это послужит введением в тему, как терапевты КПАТ понимают когниции.

Из главы 2 мы знаем, что люди создают или конструируют свои идеи или схемы об окружающем мире посредством взаимодействия как с окружающей средой, так и с другими людьми. Когниции уникально создаются каждым отдельным человеком и основаны на его личном опыте (Piaget, 1954, 1962). Матто (1997) пояснил, что перед тем, как сфокусироваться на уже имеющихся ошибочных шаблонах мышления, арт-терапевтам необходимо понять, каким образом возникают когниции человека. Это можно сделать путем изучения работы Келли, посвященной личностным конструктам (как описано в главе 4). Карнес (1979) и Райн (1979а, 1979b) предложили использовать конструктивистский подход для понимания механизма формирования мыслительных процессов. Таким образом, Карнес, Райн и Матто поддержали подход к КПАТ с конструктивистской концептуализацией когнитивного развития.

Кроме того, терапевты КПАТ во время сеанса выделяют время, чтобы максимально детально раскрыть мнение клиента по вопросам, влияющим на проблемное поведение. Как указано выше, сосредоточение на мыслях является основополагающим принципом КПТ. Когниции причинно влияют на проблемные проявления — как поведенческие, так и эмоциональные. Поэтому терапевты КПАТ в первую очередь фокусируются

надостижении понимания когнитивного стиля и процессов мышления клиента (Hofmann et al., 2013).

Во время творческих занятий у клиентов есть возможность изучить свои способы познания и свои схемы, а также процесс их формирования и развития. Эта задача решается путем предоставления простых художественных материалов (небольших листов бумаги и простых в использовании инструментов) и времени для творчества (рисования, лепки, изготовления коллажей, гобеленов и пр.). В процессе творчества происходит отражение различных конструктов, имеющих отношение к терапевтическому запросу клиента. Как только художественное произведение завершено, клиенту предоставляется возможность его описать (при этом дается рекомендация отслеживать и озвучивать свои мысли, всплывающие в процессе рассказа о том, что он создал).

Примеры из практики



Рис. 6.1. Скотт рисует план своего дома с высоты птичьего полета

Скотт, 12-летний школьник с проблемами в поведении, изобразил свой дом, как показано на рис. 6.1. Дом нарисован с высоты птичьего полета и представляет собой план в виде чертежа. В нарисованном доме мало разграничений между комнатами, и во время описания рисунка мальчик не смог показать, где в доме его спальня или какое-либо другое личное пространство. Скотт пояснил, что дом небольшой и что помимо его близких в нем часто остаются ночевать другие родственники. Его младшим двоюродным братьям выделяют отдельную комнату для сна, поэтому он часто спит на диване или в углу на одеялах. То есть изо дня

в день он не знает, где будет спать этой ночью. После вопросов и комментариев членов группы Скотт согласился, что его жизнь дома непредсказуема и что именно это могло способствовать возникновению у него чувства неприкаянности и ощущения, что «человек не имеет значения».

Осмысление ребенком того обстоятельства, что в его окружении царит хаос, выявило схему, указавшую, что Скотт не верит, что он как человек представляет собой ценность. Сложившаяся дома схема была перенесена в школьную и классную среду. Обе концепции возникли путем изучения личной истории и семейного опыта ребенка. Скотт считал школу продолжением того хаоса, который царил в его семейной жизни, и местом, где он не имел значения; это отрицательное самопознание послужило причиной его проблемного поведения в школе. Таким образом, рисунок дома стал «каналом», который был нужен Скотту для раскрытия своих моделей мышления и механизма, как развивались его схемы и когниции.

ИДЕНТИФИКАЦИЯ И ОЦЕНКА МЫСЛЕЙ

В дополнение к тому, чтобы помочь клиентам понять, как развивались их когнитивные способности, КПАТ-терапевты работают над выявлением и оценкой проблемных мыслей. Оценка помогает идентификации как дисфункциональных, так и здоровых мыслей. Келли (1955/1991), исходя из своей теории, мог бы сказать, что исследование своих мыслей или конструкторов может быть необходимо человеку для решения его проблемы и способно привести к тому, что он не будет нуждаться в дополнительной терапевтической помощи. Келли использовал анализ решетки личностного конструктора, чтобы выявить гипотезы человека о его взглядах, оценках и восприятии окружающего мира.

Райн (1979b) адаптировала решетку Келли под оценку восприятия клиентом своих эмоций. Я использовала аналогичный подход, чтобы понять, как школьники ощущают свое восприятие школы (см. главу 5). Мы стремились сделать оценку мышления клиента в КПАТ не такой формальной, как при использовании техники личностных конструкторов. Для этого у арт-терапевтов в распоряжении несколько методов. Есть различные формальные оценки, разработанные арт-терапевтами ранее, аналогичные тем, которые использовались в терапии Скотта; также имеются многочисленные неформальные подходы, которые регулярно применяются в арт-терапии (Моррис, 2014).

Примеры из практики

Скотта попросили нарисовать себя в то время, когда в школе им были недовольны. Скотт сделал рисунок личного конструкта, который раскрыл его проблемы, связанные с гневом (рис. 6.2).

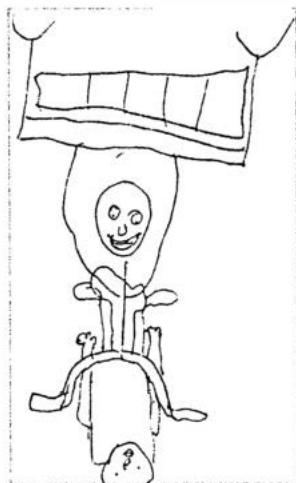


Рис. 6.2. Скотт изображает себя хулиганом в школе

Источник: из «Approaches to Art Therapy with Children» (p. 175), by M. L. Rosal, in *Art for All the Children*, by F. E. Anderson (ed.), 1992. Springfield, IL: Charles C. Thomas. Reprinted with permission; and with permission from *Approaches to Art Therapy with Children* (p. 64), by M. L. Rosal, Burlingame, CA. Перепечатано с разрешения Abbeygate Press.

При описании рисунка Скотт пояснил, что «он сидит на другом мальчике, поэтому второй мальчик не может двигаться, и он, скорее всего, его ударит». Скотта спросили, в какие моменты у него возникают мысли кого-нибудь обидеть. Он ответил, что думает об этом, когда другие мальчики смеются над ним. Отвечая на вопрос о том, за что над ним смеются, Скотт сказал, что обычно он так сильно злится, что хочет кого-нибудь ударить, но на самом деле он только кричит на других детей, а потом убегает и плачет. Поскольку рисунок изображал насильственный акт, его спросили, есть ли кто-то конкретно, кого он хотел бы ударить. Скотт сказал, что нет. По рисунку стало понятно, что Скотта легко разозлить и что гнев возникает, когда он подвергается издевательствам (из-за чего страдает его чувство собственного достоинства). Оценка последовательности событий, негативно влияющих

на Скотта, раскрыла его взгляды на его собственную схему и стала предметом арт-терапии.

Чтобы изучить особенности мышления клиентов с тревожными расстройствами, Моррис (2014) применяла изготовление коллажей из подручных материалов (их выбор производился с учетом простоты использования неопытными художниками). Одна из клиенток Моррис, чтобы лучше понять, что именно связано с ее тревогой, в дополнение к вырезанным изображениям на свободном месте коллажа делала несложные рисунки и добавляла слова. Этот прием помог выяснить, какие мысли вызывают у нее приступы тревоги. Ее коллаж изображал большого слона в центре нижней части листа, который передавал чувства клиентки при входе в комнату, полную людей («как слон в комнате»). Дорисованный глаз раскрыл ее мысль, что все взгляды в таких ситуациях обращены на нее (рис. 6.3). Идентификация этих мыслей была полезна для выявления специфических особенностей мышления клиентки, которое было связано с ее стрессом, тревогой и реакцией на панику.

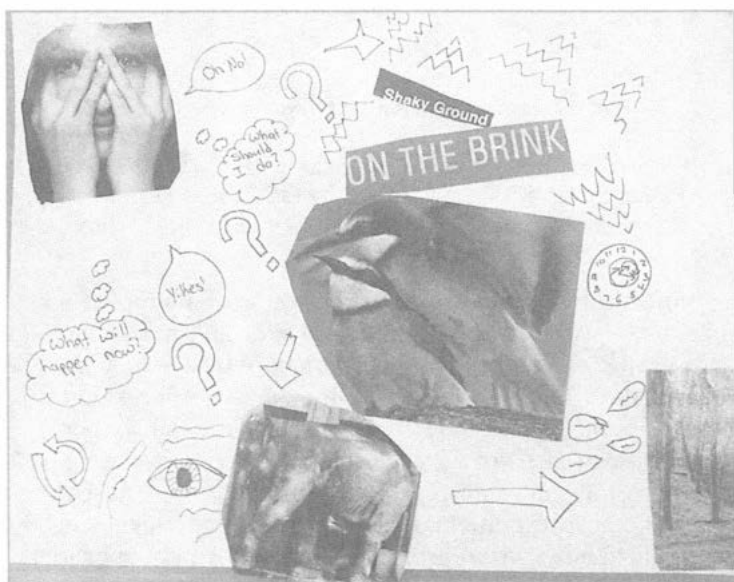


Рис 6.3. Коллаж, изображающий ощущение «как слон в комнате»

Источник: «Should Art Be Integrated into Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders?» (p. 348) by F. J. Morris, in *The Arts in Psychotherapy*, 41, 2014, печатается с разрешения Elsevier.

Когнитивная реструктуризация

Когнитивная реструктуризация — это процесс выявления дисфункциональной мысли, ее анализа и помощи клиенту в снижении интенсивности эмоциональной окрашенности когниций с целью сделать их более адаптивными и реалистичными. Этот метод разработан Эллисом (1962). Цель в том, чтобы не устранить, а реконструировать проблемное мышление. Когнитивная реструктуризация берет базовый, очевидный уровень проблемной мысли, такой как *«Я не важен»* — и клиент проверяет эту идею с различных аспектов (Arch & Craske, 2008). Затем его просят переформулировать прежнюю мысль, чтобы она более соответствовала сделанным выводам. Например, Скотт может изменить эту мысль на *«Иногда я не настолько хорош, как мог бы, но иногда я тоже хороший»*. Развивая сбалансированный мыслительный процесс, клиент не отрицает своих ощущений, что иногда его оценивают не очень хорошо, но теперь это негативное самоутверждение смягчается новым знанием о том, что придут другие времена и его ценность будет замечена. Целью когнитивного реструктурирования *«является развитие рациональных, адаптивных моделей мышления»* (Rosal, 2001, с. 212).

Примеры из практики

Скотт имел негативную самооценку и подвергался буллингу в школе, что вынуждало его убегать от смеявшихся над ним детей и испытывать желание причинить им вред. Для того чтобы найти альтернативу борьбы с обидчиками, его спросили, что еще он мог бы сделать, кроме как кричать или убегать и плакать и мечтать о причинении им вреда. Скотту пришла в голову мысль пожаловаться учителю. Его попросили оценить этот вариант, и мальчик ответил, что такая тактика работала, когда он был маленьким, но потом он понял, что для 12-летнего это не лучший вариант. Скотт признался, что когда он недавно рассказал учителю про издевательства, другие мальчики начали дразнить его еще больше. После обсуждения этого вопроса с арт-терапевтом и членами группы Скотт начал понимать, что если бы он был более устойчивым человеком, дети не дразнили бы его так упорно. Чтобы представить, как это могло бы быть, он создал новый рисунок и изобразил себя уверенным в себе человеком, чем повысил свою самооценку (рис. 6.4). Изменение его мышления от оценки себя как *«кого-то, кто не имеет значения»* до *«кого-то уверенного в себе»* помогло Скотту изменить взгляд на то, как с ним следует обращаться и как он может реагировать на поведение хулиганов.

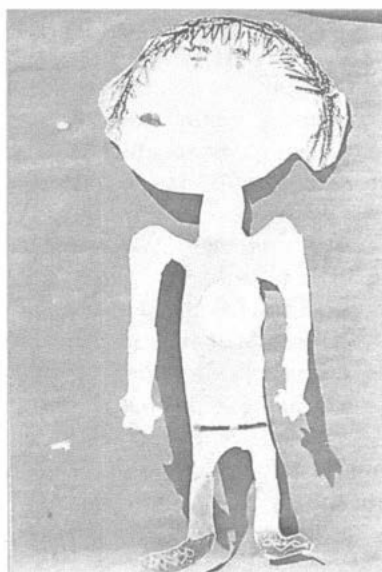


Рис. 6.4. Представление Скотта о себе как о более устойчивом человеке

Выявление иррациональных мыслей привело к когнитивной реструктуризации когниций у тревожной клиентки, описанной выше (Morris, 2014). Сначала Моррис попросила клиентку перечислить свои мысли, выраженные через коллаж. Затем предложила ей оценить точность новых когниций от 1 до 10. Клиентка выбрала мысль *«Все судят меня»* для дальнейшего обдумывания, насколько она верна. Осознав, что большинство людей будут оценивать свое собственное поведение, а не ее, она использовала краски, чтобы изобразить новое знание: *«Каждый думает о себе и своих проблемах»* (с. 170; рис. 6.5).

Этот метод связан с модификацией образов, как определили Бек и Эмери (1985), когда социально-тревожному человеку предлагается представлять других как менее страшных или даже смешных в неких абсурдных ситуациях (например, странно одетых или в виде карликов). Реструктурированные когниции более адаптивны, чем первоначальные мысли. Осознание того, что у большинства людей есть свои собственные проблемы, не только помогло клиентке находиться в обществе других людей, но и изменило ее представление о том, что другие люди ощущают на общественных мероприятиях.



Рис. 6.5. Рисунок, изображающий других людей, думающих только о себе

Источник: перепечатано из «Should Art Be Integrated into Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders?» (p. 349) by F. J. Morris, in *The Arts in Psychotherapy*, 41, 2014, с разрешения Elsevier.

ЧУВСТВА И ЭМОЦИИ

Первоначально терапевты КПТ не обращались непосредственно к эмоциям, но вскоре обнаружили, что внимание к эмоциям важно, поскольку эмоции и когниции имеют одинаковую ценность для терапии. В настоящее время специалисты по КПТ полагают, что эмоции и мысли связаны между собой через понимание их оценки. Как обсуждалось в главе 2, Лазарус (1968) изучил процессы оценки эмоций и обнаружил, что существует три стадии: первичная, вторичная и переоценка. На начальном этапе человек распознает стимул в окружающей среде, связанный с его благополучием, на который впоследствии возникнет эмоция. На втором этапе человек активизирует ресурсы для реагирования на ситуацию. Наконец происходит переоценка, когда человек повторно оценивает ответ на основе новой или пересмотренной информации. Переоценка может привести к трансформации сложных эмоциональных состояний.

Другие теоретики согласились, что эмоции возникают благодаря связи между человеком и окружающей средой, но они добавили концепцию обратной связи между эмоциями и когнитивными оценками. Так, Льюис (1996) выдвинул многочисленные гипотезы, описывающие связь между эмоциями и их оценкой. Например, Льюис упомянул Тисдейла,

обнаружившего связь между негативным мышлением (оценка) и депрессией (эмоциональное состояние), и Мэтьюса, который наблюдал подобную обратную связь между оценкой угроз и тревоги. Лазарус (1991) и соавторы предположили, что существуют определенные компоненты эмоций, которые особенно важны как для исследователей, так и для терапевтов-практиков, к примеру физиологические (страх может увеличивать частоту сердечных сокращений) и мотивационные (чувство злости может привести к агрессивному поведению). Во время работы с чувствами клиентов терапевты КПАТ помогают им понять сами эмоции и то, каким образом они приводят к проблемным последствиям.

Оценка чувств

Чувства и эмоции связаны с самооценкой, а также с оценками окружающего мира. Райн (1979b) использовала психоэмоциональную оценку в качестве начального этапа терапии. Как описано в главе 4, Райн предложила участникам создать небольшие черно-белые рисунки 15 психоэмоциональных состояний, часть из которых были противоположными (например, «безнадежный — обнадеживающий»). Рисунки стали темой для обсуждения сходства и различия между ними и самими чувствами. Рисунки и их дальнейшие обсуждения помогли создать представление, каким образом каждый из участников взаимодействует как с положительными, так и с отрицательными эмоциями.

Для детей сложный набор из 15 состояний часто сводится к четырем (злой, грустный, радостный и напуганный), так как большинство детей понимают, что означают эти состояния и что они при этом чувствуют.

Примеры из практики

Пифало (2007) считала, что *«арт-терапия может помочь ребенку разграничить, идентифицировать и выразить разные чувства без необходимости полагаться исключительно на слова»* и что *«выявление чувств — это первый шаг к совладанию с травмирующим событием, поэтому ребенок должен найти безопасный способ выразить их»* (с. 172). Она использовала обувную коробку, на внешней стороне которой дети рисовали безопасные чувства, которые они не боялись показать другим. Другие эмоции они помещали внутрь коробки, так как они были тяжелыми. Подобное трехмерное представление не

только позволило детям определить свои чувства, но и помогло отличить повседневные чувства от тех, которые могли вызвать сложную эмоциональную реакцию.

Как упоминалось в главе 5, 12-летний Скотт боролся не только с проблемным поведением, но и с тяжелыми эмоциями, особенно с гневом и грустью. Когда Скотт находился среди небольшой группы детей, его попросили нарисовать разные состояния: злое, грустное, радостное и испуганное. Во время обсуждения рисунков члены группы правильно определили два рисунка Скотта (радостный и напуганный), но ошибочно определили злые и грустные рисунки (они посчитали, что его злой рисунок выглядел грустным и наоборот). Это привело к новому осознанию Скотта: когда ему было грустно, он злился; когда он злился — он плакал, грустил (см. рис. 5.7 и 5.8). Ни один из этих эмоциональных откликов не помогал ему разрешить ситуацию или взять себя в руки.

При лечении Эммы — девочки-подростка с синдромом Аспергера — Элкис-Абухофф (2008) задействовала коллаж чувств. Работа была направлена на повышение способностей Эммы участвовать в общественной жизни и на улучшение ее понимания выражения лиц других людей и своего собственного. Элкис-Абухофф попросила Эмму создать список эмоций, которые можно определить по выражению лица, а затем найти их изображения в журналах для создания коллажа (рис. 6.6). Когда коллаж был завершен, Элкис-Абухофф задала следующие вопросы: *«Когда у кого-то может быть такое выражение?»*, *«Приведи пример, когда ты видела у кого-то подобное выражение лица»* и *«Было ли когда-нибудь это выражение у тебя?»* (Elkis-Abuhoff, 2008, с. 269). Хотя клиентка отвечала на вопросы о чужих чувствах правильно, она продолжала испытывать затруднения, связывая эти выражения лиц с собой. Последующий за коллажем проект, призванный помочь Эмме определить ее собственные чувства, заключался в изготовлении масок. Во время обсуждения одной из масок Эмма описала ее как светящуюся изнутри, но при этом сказала, что другие не видят ее такой. На этот раз Эмма призналась, что, когда злится, у нее в голове «вспыхивают искры»; она также припомнила, что часто ее неправильно понимают. Признание Эммы в наличии у нее таких чувств было шагом вперед в ее лечении.

Карен, у которой диагностировали депрессию и суицидальные мысли, направили на арт-терапию после выписки из больницы. Благодаря лечению во время госпитализации ее самочувствие значительно улучшилось, икогда девушку спросили, над чем она хотела бы работать амбулаторно, она без колебаний призналась, что не может определить свои чувства

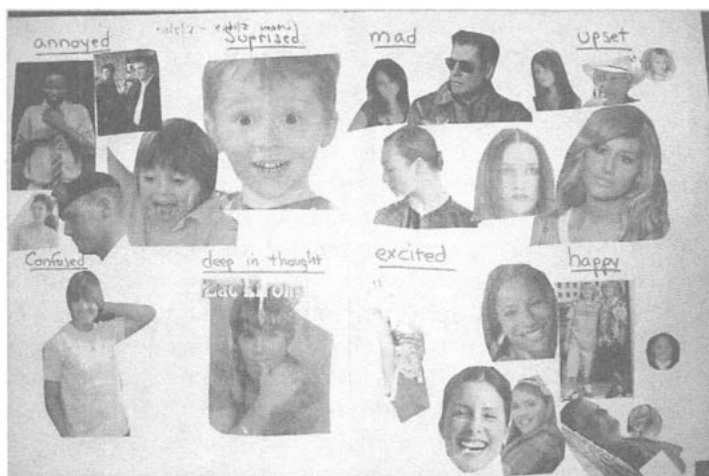


Рис. 6.6. Коллаж Эммы на тему выражения эмоций

Источник: «Art Therapy Applied to an Adolescent with Asperger's Syndrome» (p. 267), D. L. Elki's-Abuhoff, in «The Arts in Psychotherapy», 35, 2008. Печатается с разрешения Elsevier.

и хотела бы знать, что они собой представляют и как ей их понять. В этой ситуации использовали подход Райн: Карен попросили создать рисунки с несколькими эмоциями. Вначале девушка составила список эмоций, которые ей хотелось исследовать (выбрала их из списка 15 чувств Райн), и добавила к ним другие, которые пришли на ум. Затем девушку попросили убедиться, что у каждой выбранной эмоции есть эмоция, ей противоположная. В течение нескольких сеансов Карен использовала цветные мелки и пастели, чтобы нарисовать каждое чувство. Оценка показала, что эмоциональными состояниями, которые затронули ее больше всего, были депрессия и беспокойство (рис. 6.7 и 6.8). Как отмечает Тисдейл (Цит. по: Lewis, 1996), именно эти эмоции вызвали суициальное мышление и, как результат, депрессию, после чего ее госпитализировали.

Придание эмоциям смысла

Цель КПАТ не только выявить и оценить эмоции, но и помочь клиенту понять чувства. Значение эмоций часто называют оценкой, которая предствляет собой личное мнение, то есть значение этой эмоции для конкретного человека (Lazarus & Smith, 1988). В КПТ и КПАТ эмоции

подобны мыслям — в том понимании, что чувства следует рассматривать как индикаторы, сигнализирующие, что что-то не так и может привести к проблемному поведению или сложным ситуациям. Пифало (2007) обнаружила, что «способность искусства дистанцироваться и тем самым сдерживать сильные эмоции подходит для аффективной переработки травматического материала» (с. 172) и что это помогает клиенту понять смысл или сделать вывод из своего трудного опыта.



Рис. 6.7. Рисунок Карен, изображающий депрессию

Источник: «Cognitive-Behavioral Art Therapy» (p. 222), M. L. Rosal, in *Approaches to Art Therapy: Theory and Technique* (2nd ed.), by J. A. Rubin (ed.), 2001, New York, NY: Brunner/Routledge. Печатается с разрешения Taylor and Francis Group, LLC, подразделения Infoma plc.



Рис. 6.8. Рисунок Карен, изображающий чувство беспокойства

Примеры из практики

Вернемся к Скотту и с помощью его обретенного понимания переплетенных «тревожных» и «грустных» эмоций разберем концепцию переоценки. Скотт увидел, что грусть в итоге приводит к гневу, но промежуточное состояние ему все еще не было известно. Сложно сразу перейти от грусти к вспышкам гнева. Чтобы лучше понять эмоции Скотта, его попросили вернуться к своей первоначальной идее о том, что можно пожаловаться учителю, если дети над ним издеваются. Картина, на которой он нарисовал, как рассказывает учителю о своих проблемах, продемонстрировала его беспомощность и неспособность самостоятельно решать проблемы (рис. 6.9). Это показало, что обнаружение беспомощности, сопутствующей его грусти, открывает возможность найти альтернативные варианты решения для этих важных чувств. Скотт понял, что вместо того, чтобы взрываться от гнева, ему следует разобраться со своей беспомощностью.

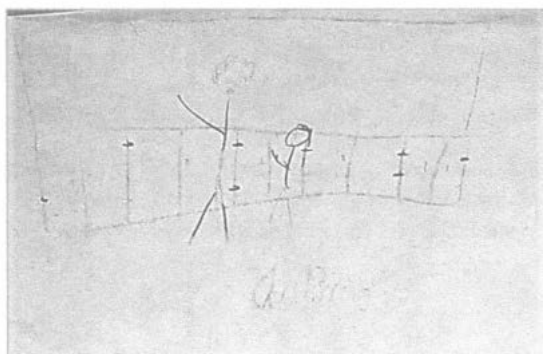
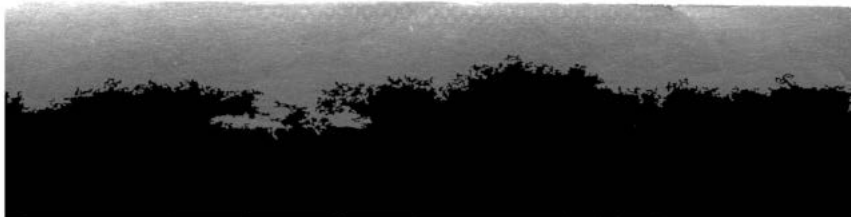


Рис. 6.9. Рисунок Скотта, на котором он рассказывает учителю о запугивании

Источник: «Cognitive-Behavioral Art Therapy» (p. 340), M. L. Rosal, in *Approaches to Art Therapy: Theory and Technique* (3rd ed.), by J. A. Rubin (ed.), 2016, New York, NY: Routledge. Печатается с разрешения.

Как и у Скотта, эмоциональные состояния Карен влияли на ее поведение. Для нее было важным определить, какие эмоции провоцируют надвигающуюся депрессию. Чтобы помочь ей в этом, Карен попросили нарисовать график положительных и отрицательных периодов в ее жизни. А затем разместить различные рисунки ее чувств на временной шкале. Когда времена были хорошими, преобладающим состоянием было чувство равновесия, надежды и безмятежности. Когда она была



в самом угнетенном состоянии, главными чувствами были депрессия, безнадежность и ощущение угрозы. Наконец ее спросили, какие эмоции она испытывала между лучшей и худшей фазой, и Карен изобразила нисходящие линии тревожности (рис. 6.10). Наибольшую тревогу Карен связывала с ощущением угрозы (это состояние она испытывала во время самых удручающих моментов). Мэтьюз (Цит. по: Lewis, 1996) связывал чувство угрозы с началом возникновения тревоги. Осознание того, что ощущение угрозы предшествовало тревоге и что тревога была одним из ее триггеров, которые приводили к депрессии, стало новым познанием для Карен. Она уже принимала антидепрессанты, но избегала более сильных лекарств. Чтобы обсудить значение тревоги как предвестника депрессии, она согласилась с предложением арт-терапевта передать рисунки своему психиатру. Врач подтвердил такой вывод и выписал Карен рецепт на лекарство от тревожности, которое нужно принимать, когда у нее возникает внутреннее беспокойство (Карен попросили, если это произойдет, сразу записываться на прием к врачу).

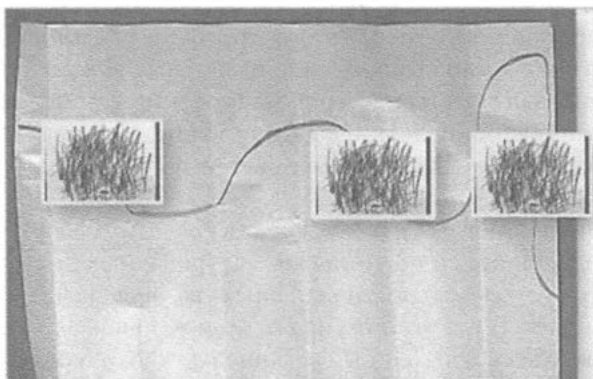


Рис. 6.10. Карен изображает тревогу на ее жизненном пути, которая является основным чувством, ведущим к депрессии, безнадежности и ощущению угрозы

Эмоции как функциональные и трансформирующие чувства

Как показано в приведенных примерах, работа с чувствами, проявившимися во время сессии, может предоставить терапевту КПАТ богатый материал для того, чтобы найти способ помочь клиенту. Эмоции рассматриваются как ключ к мышлению клиента и его восприятию окру-

жающей среды. Согласно Келтнеру и Гроссу (1999), эмоции помогают человеку как в культурно-социальных ситуациях, так и для физического выживания. Эмоции заставляют обращать внимание на что-либо вокруг себя или в самом себе. Например, Карен осознала, что ее тревога — это признак надвигающейся депрессии.

В КПАТ эмоции могут быть трансформированы или переоценены (в терминологии Лазаруса, 1968). В процессе переоценки человек идентифицирует трудную эмоцию, а затем вместо того, чтобы импульсивно реагировать, преобразует в более адаптивную реакцию. Таким образом, переоценка помогает клиенту разобраться в сложных эмоциях, что помогает избегать проблемных реакций.

Примеры из практики

Скотт начал понимать смысл своих эмоций через тревожное, грустное, радостное и испуганное состояние. На предыдущем сеансе он связал грусть, беспомощность и гнев. Чтобы укрепить его понимание трудных эмоций, его попросили выбрать одно из четырех чувств для создания маски. Он выбрал гнев и смастерил маску этой эмоции (см. рис. 5.9). Когда его попросили надеть маску и разозлиться, мальчик взревел. Он рассказал, что, когда надел эту маску, почувствовал себя очень сильным.

Эта техника помогла Скотту раскрыть еще одну связь — между его гневом и ощущением силы. Когда анализировали его «грустный» рисунок, в котором содержались признаки гнева, он неожиданно для себя понял, что грусть была ответом на его беспомощность, хотя первоначально ему казалось, что гнев был реакцией на плохое обращение с ним. Эта сессия стала поворотным моментом для Скотта, ведь он осознал значение своих чувств, особенно гнева. Гнев возникал из ощущения бессилия, но гнев также был возможностью аккумулировать энергию, чтобы справиться с ситуацией. В случае Скотта Келтнер и Гросс (1999) считают, что функция его гнева заключалась в том, чтобы придавать ему сил для «исправления несправедливости» (с. 473).

Карен, как и Скотт, знала, что некоторые чувства токсичны. В случае Карен это была депрессия. После того как она осознала, что тревога, растущая из-за возникающей угрозы, выступает триггером, ведущим к депрессии, она захотела понять значение эмоции. Она сразу же трактовала ее как безнадежность. Раскрывая источник своего чувства безнадежности (рис. 6.11), Карен сообщила, что ее отец покончил с собой.

Ей было 10 лет, когда она нашла его тело. Она никогда не знала причину самоубийства, но, по ее предположениям, отец, должно быть, оказался в безнадежной ситуации (то есть ему было очень плохо и не было надежды на какие-либо изменения в будущем). Безнадежность продолжала витать в ее семье, так как мать не смогла помочь своим детям пережить самоубийство отца.

Безнадежность ситуации — одно из трех основных дисфункциональных убеждений в теории депрессии, предложенной Беком и соавторами (1979); два других понятия в когнитивной триаде Бека — это негативные верования по отношению к себе («я никчемный») и к миру («меня никто не ценит»). В случае Карен связь между угрозами, тревогой и безнадежностью привела к депрессии.

Карен изобразила как безнадежные, так и обнадеживающие ситуации и выразила готовность обсудить их с терапевтом. Ее первый рассказ касался того, чем они отличались. Надежда была легкой, воздушной и стремящейся вверх (рис. 6.12), тогда как безнадежность была плотной, темной и тяжелой, похожей на ее изображение депрессии. Карен призналась, что чувствовала надежду только в редких случаях. Ее попросили посмотреть, есть ли в каких-нибудь других ее рисунках эмоций схожие с надеждой элементы, и она указала на свой рисунок безмятежности (рис. 6.13). Рисунок безмятежности имел похожие цвета и также был описан как легкий и воздушный. Ее попросили подумать о том, что мешает чувству надежды и безмятежности. Карен тотчас ответила, что виновником является беспокойство.

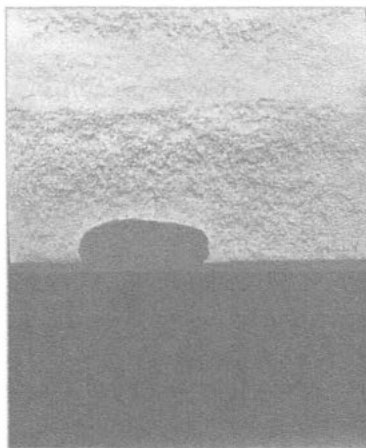


Рис. 6.11. Изображение Карен чувства безнадежности



Рис. 6.12. Изображение Карен чувства надежды

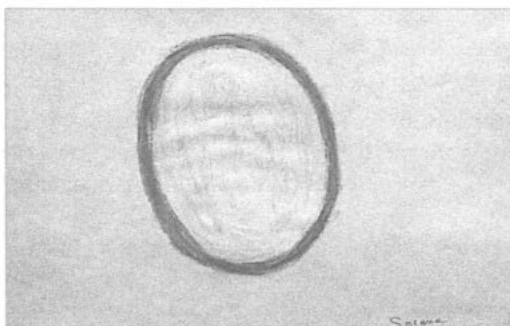


Рис. 6.13. Изображение Карен чувства безмятежности

Источник: «Cognitive-Behavioral Art Therapy» (p. 221), M. L. Rosal, in *Approaches to Art Therapy: Theory and Technique* (2nd ed.), by J. A. Rubin (ed.), 2001, New York, NY: Brunner/Routledge. Печатается с разрешения Taylor and Francis Group, LLC, подразделения Infoma plc.

Когда ее внимание вернулось к депрессии, она поняла, что депрессия не была главной проблемой, она возникла как результат накопления других чувств — безнадежности, беспокойства и ощущения угрозы. Карен призналась, что в ходе обсуждения с врачом возможности ранней идентификации угрозы она практически уже работала над тем, чтобы найти способ справиться с тревогой. Врач был удовлетворен ее работой. Узнав, что депрессия, которая когда-то казалась ей настолько всепоглощающей, была ответом на обнаруженные ею другие чувства, Карен воодушевилась, что появилась возможность управлять своими чувствами. Девушка обрадовалась тому, что имеются осязаемые области, над которыми она может работать? — узнавать, что ей угрожает, раскрывать, что заставляет ее надеяться, и тем самым достигать спокойствия.

Работа с чувствами in vivo

Исследование сложных чувств часто является целью арт-терапии. Их эмоциональная переработка во время сеанса или в естественных условиях используется арт-терапевтами для помощи клиенту в изучении новых, более реалистичных представлений об объектах или о ситуациях, которых они боятся. Этот метод часто применяется при ощущении страха во время панических атак. Работа in vivo представляет собой прямой процесс, посредством которого клиент сталкивается с ситуацией или объектом воочию.

Примеры из практики

А. В. Цеттлер (личные записи, 25 июня 2017 года) предложила 15-летней Сьюзи с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) и дистимией попытаться справиться с непреодолимым чувством стыда из-за ее гнева по отношению к матери. Сьюзи рассказала о ситуации, когда она кричала на мать, и о своих чувствах, связанных с этим моментом (как будто ее *«втягивают в черную дыру стыда и сожаления»*). Сьюзи признавала, что ее реакция была неуместной и чрезмерной.

Сначала Сьюзи попросили нарисовать черную дыру сожаления, сосредоточившись на чувстве стыда (рис. 6.14). Рисунок был столь же разрушительным, как и воспоминания о ситуации. Чтобы справиться с этим, Сьюзи попросили подумать о положительных эмоциях при других ее контактах с матерью. После размышлений она создала второй рисунок (рис. 6.15). Сьюзи использовала его, чтобы смягчить чувства, выраженные «черной дырой», при этом указала, что позитивные чувства *«давили на черную дыру»* (см. левый нижний угол рисунка). Второй рисунок ослабил чувство опустошенности, которое она испытывала из-за угрызений совести и страха, воплощенных в рисунке черной дыры.

Уокер, Каймал, Коффман и Де Граба (2016) обнаружили, что арт-терапия выступает безопасной средой для обнаружения *«сдерживаемых и подавляемых эмоций»*, что является основной проблемой при ПТСР (с. 11). Авторы представили тематическое исследование военнослужащего действительной службы мужского пола, страдающего ПТСР (PTSD) после черепно-мозговой травмы (ТБИ). Клиенту предоставили возможность создать маску, отражающую личность воина. Он не был уверен, сможет ли надеть такую маску и не будет ли испытывать страх и беспокойство, глядя на нее.

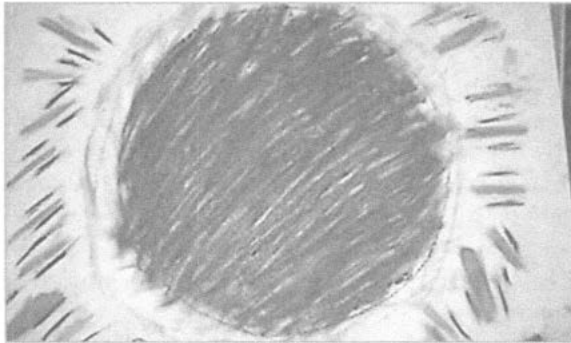


Рис. 6.14. Сьюзи рисует «черную дыру стыда и сожаления» о том, что кричала на свою мать

Источник: из личной коллекции А. W. Zettler.

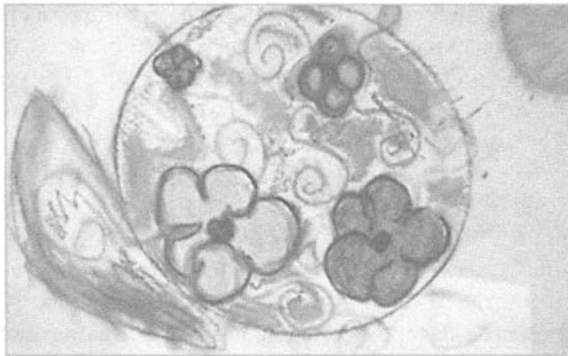


Рис. 6.15. Сьюзи рисует положительные эмоции, прорастающие из черной дыры

Источник: из личной коллекции А. W. Zettler.

Созданная клиентом маска напоминала повторяющееся изображение окровавленного лица, навязчивый образ которого всплывал у него в течение более семи лет (рис. 6.16). Поскольку маска вызывала слишком сильные чувства, арт-терапевт предложил сделать коробку для маски, чтобы ее можно было туда спрятать. Коробка служила контейнером для страхов и беспокойства клиента (рис. 6.17). Клиент мог по своему желанию снимать крышку с коробки с маской, спрятанной в ней, когда чувствовал себя достаточно сильным, чтобы увидеть ее. По словам арт-терапевта, «клиент [также] сообщил, что процесс проработки

и «экстернализации» художественного произведения и его «физического удержания» помог ему преодолеть изнурительные навязчивые образы прошлого» (Walker et al., 2016, с. 15).



Рис. 6.16. Маска воина, созданная ветераном боевых действий по мотивам навязчивых воспоминаний

Источник: «Art Therapy for PTSD and TBI: A Senior Active Duty Service Member's Therapeutic Journey» (с. 14), M. S. Walker, G. Kaimal, R. Koffman, & T. J. DeGraba, in «*The Arts in Psychotherapy*», 49, 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2016.05.015>. Опубликовано Elsevier. Эта статья с открытым доступом по лицензии CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

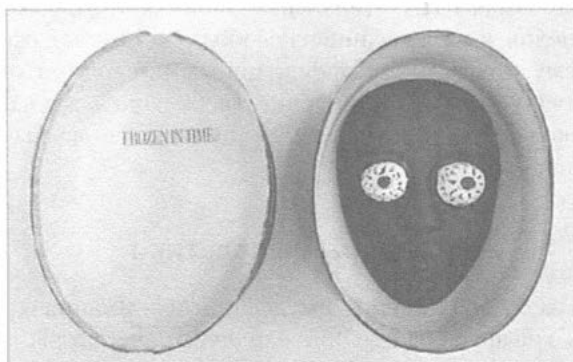


Рис. 6.17. Коробка для маски воина, а также для страхов и тревог, связанных с этой маской

Источник: «Art Therapy for PTSD and TBI: A Senior Active Duty Service Member's Therapeutic Journey» (с. 14), M. S. Walker, G. Kaimal, R. Koffman, & T. J. DeGraba, in «*The Arts in Psychotherapy*», 49, 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2016.05.015>. Опубликовано Elsevier. Эта статья с открытым доступом по лицензии CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

ИЗМЕНЕНИЕ СХЕМЫ СЕБЯ

Самоуважение и самооффективность важны для позитивного и адаптивного функционирования. Арт-терапевты знают о необходимости оказания помощи клиентам с низкой самооценкой. КПАТ-терапевты работают над проблемой уязвимых Я-схем и Я-концепций напрямую, сначала идентифицируя отрицательные Я-схемы и механизмы, по которым они развивались (обсуждалось в этой главе на примере случая Скотта). Затем клиента просят проверить уверенность в себе в различных ситуациях или раскрыть позитивные атрибуты и ресурсы, которые могут противостоять негативной самооценке.

В этом разделе после описания того, как клиент видит себя, последует обсуждение возможностей, с помощью которых можно помочь клиенту определить свои сильные стороны и найти новые ресурсы. Далее описан способ, позволяющий КПАТ-терапевтам развивать у клиента чувство собственного достоинства и, наконец, построить картину собственной эффективности.

Выявление собственных схем

Подобно тому, как КПТ-терапевты помогают клиенту выявить проблемное мышление, КПАТ-терапевты оценивают личностные схемы и атрибуты человека. Рисование на свободную тему и даже на заранее заданную тему может стать эффективным инструментом для того, чтобы клиент получил представление о себе. Опять же, в арт-терапии есть несколько подходов, которые могут оказаться полезными, и шкалы оценки достигнутых результатов.

Примеры из практики

Девятилетнего Джона с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) на арт-терапию привели родители, которых беспокоило его сниженное самоощущение. Сначала Джона попросили назвать слова, которые он может вспомнить для описания своего представления о себе. Его дескрипторы — дикий, странный, скучающий, неудачник, плохой, грустный, испуганный, нервный и застенчивый — указывали на низкую самооценку. Джона попросили нарисовать что-то из того, что он перечислил. Он выбрал «скучающий» и рассказал о том, что ему часто бывает скучно (см. рис. 6.18).

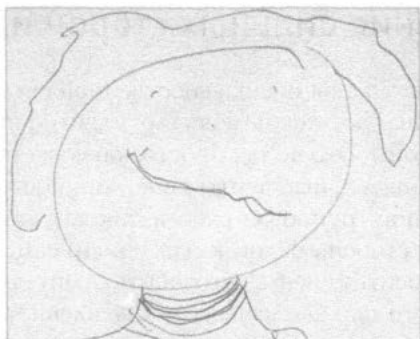


Рис. 6.18. Рисунок Джона о том, что ему скучно

Источник: *Approaches to Art Therapy with Children* (p. 55), by M. L. Rosal, 1996, Burlingame, CA: Печатается с разрешения.

Затем Джон уточнил, что, когда ему скучно, он *«начинает веселиться и увлекается, а это беспокоит других людей»*. Он объяснил свое веселье и свою активность как борьбу со скукой, но признал, что в такие моменты часто перевозбуждается. Находясь в этом состоянии, он переходит границу в общении со сверстниками и становится *«диким и странным»*. Его попросили изобразить это (рис. 6.19). Скука и легкое волнение привели к тому, что Джон оценил себя как неудачника, потому что ему часто стыдно за свое поведение. Высказанные Джоном самооценки стали мишенями в ходе его арт-терапии.

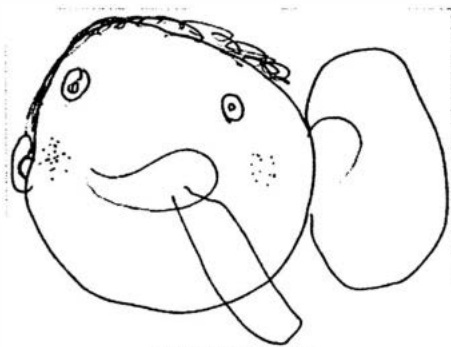


Рис. 6.19. Джон нарисовал себя диким и странным, с высунутым языком и огромным ухом

Источник: *Approaches to Art Therapy with Children* (p. 56), by M. L. Rosal, 1996, Burlingame, CA: Печатается с разрешения.

Определение сильных сторон и ресурсов

После того как тщательная оценка собственной схемы клиента завершена, следующий шаг должен помочь ему идентифицировать свои положительные стороны. Это не так просто, как кажется. Часто клиенты видят только отрицательные черты своей личности. В этих случаях может быть полезной групповая работа, так как другим людям легче указать на сильные стороны человека (их клиент сам у себя не находит). Также можно попросить клиента поговорить с учителями, друзьями или родственниками о его сильных качествах. Выявление своих положительных качеств в ходе беседы с теми людьми, которым он нравится и кому он сам доверяет, иногда вызывает больше доверия, чем слова терапевта. Поэтому во время сессии для этой цели КПАТ-терапевты используют в основном искусство.

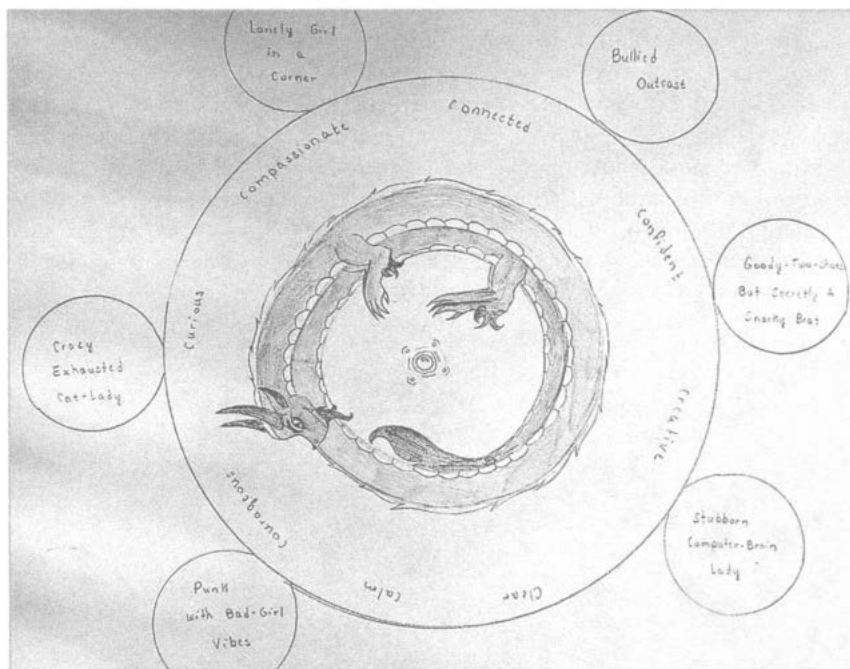


Рис. 6.20. Рисунок Эйприл на тему положительных и проблемных качеств своей личности

Источник: из личной коллекции A. W. Zettler.

Примеры из практики

А. В. Цеттлер (личные записи, 25 июня 2017 года), обсуждая случай 17-летней Эйприл, у которой диагностировано расстройство аутистического спектра и сопутствующее расстройство адаптации и тревожность. Эйприл была умной и творчески одаренной девочкой и посещала общеобразовательную школу искусств. Она присоединилась к небольшой группе арт-терапии для улучшения навыков социализации. Чтобы начать работу над самооценкой, членов группы попросили идентифицировать и проиллюстрировать свои положительные характеристики, а затем дорисовать проблемные аспекты самих себя. Наконец, используя рисунки или слова, участников попросили обсудить друг с другом одно из проблемных качеств (рис. 6.20).

Себе в пару Эйприл выбрала одинокую девушку в углу и в ходе беседы с ней поняла, что одной из основных причин ее беспокойства является чрезмерное волнение по поводу чужого мнения. Источником беспокойства также было желание смешаться с толпой, стать незаметной. Она поняла причину выбора собеседника: с одинокой девушкой легче обсуждать именно эти чувства, в отличие от других, которые она нарисовала, описывая себя. Завершив выполнять упражнение, Эйприл сказала, что она учится использовать свои положительные качества, чтобы снизить уровень своего беспокойства и чувствовать себя в безопасности.

Создание целостного ощущения себя

Непростые семейные истории, бедность, издевательства и переживание травмирующих событий разрушают осознание чувства себя. Помощь клиентам в раскрытии их полноценного чувства себя и своей позитивной самоидентификации является частью КПАТ. Для трансформации эмоций эффективным инструментом служит создание масок. После серьезной самостоятельной работы маска может помочь клиентам укрепить целостное понимание своего «Я».

Примеры из практики

А. В. Цеттлер (личные записи, 25 июня 2017 года) работала с 15-летней Хелен, у которой была диагностирована циклотимия. Ребенок разведенных алкоголиков, имеющий нескольких старших братьев и сестер, Хелен уже несколько лет посещала сельскую государственную школу

типа К-12, куда была определена для прохождения программы для одаренных детей. Как давнего участника арт-терапии в малых группах, где основное внимание уделялось пониманию себя, ее попросили создать маску, которая проецировала бы ее истинное «Я» (то есть внутреннее «Я», а не «Я», обычно демонстрируемое другим). Хелен решила создать маску ворона, которого она описала как все старое, мудрое, оппортунистическое и озорное (рис. 6.21). Учитывая сложный анамнез и диагноз, через маску ей все же удалось представить целостное чувство себя, показывающее как положительные, так и отрицательные черты ее личности.



Рис. 6.21. Маска ворона Хелен, иллюстрирующая ее истинное «Я»

Источник: из личной коллекции А. W. Zettler.

Развитие собственной эффективности

Самоэффективность — это осознанная вера в то, что можно результативно заниматься своей повседневной жизнью. Бенаят и Бандура (2004) описали самоэффективность как *«основополагающую веру в то, что человек своими действиями способен производить желаемый эффект»* (с. 1131) и определили, что самоэффективность *«действует как когнитивный регулятор стресса»* (с. 1132). Авторы обнаружили, что для развития самоэффективности полезно вовлекать клиента в процесс лечения.

Примеры из практики

А. В. Цеттлер (личное сообщение, 25 июня 2017 года) работала в малых группах с 14-летней Мэгги, у которой диагностировали генерализованное тревожное расстройство. Цеттлер ставила своей целью показать на практике участникам группы, что они сами могут влиять на события в своей жизни. Для этого Цеттлер предложила, чтобы каждый член группы создал для себя животное, которое обладает теми положительными качествами, которые они хотели бы видеть у себя. Мэгги решила создать глиняного медведя. Она описывала его как неуязвимого, смелого, независимого и сильного — все эти характеристики подчеркивали у него чувства самодостаточности. Каждому члену группы предложили создать безопасную среду обитания для своего животного. Среда обитания медведя Мэгги включала в себя дом, еду и воду, и все это демонстрировало, что медведь может позаботиться о себе сам (рис. 6.22).

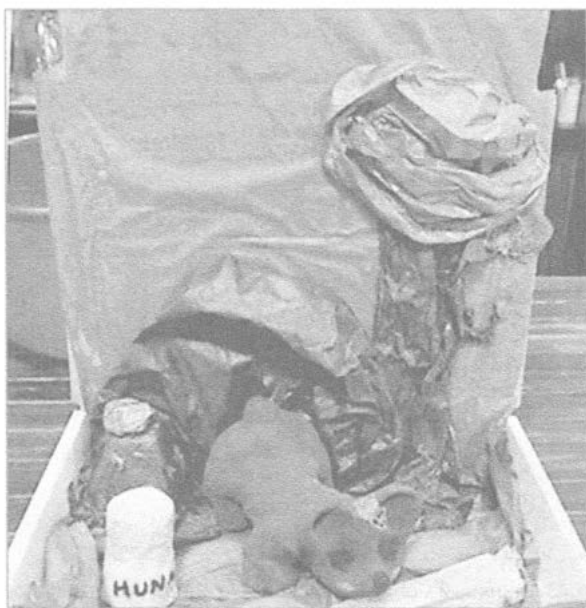


Рис. 6.22. Медведь Мэгги в своей среде обитания

Источник: из личной коллекции А. W. Zettler.

Цеттлер также работала с небольшой группой женщин с низкой самооценкой и, как следствие, недостатком активности (личное общение, 25 июня 2017 года). После нескольких недель работы с эмоциями Цеттлер дала задание членам группы создать скульптуру своего проблемного эмоционального состояния. Одна из участниц создала монстра беспокойства (рис. 6.23). Глиняная скульптура не только вытянула на поверхность имеющуюся у нее проблему, но и помогла клиентке понять, сколько лишних сил она тратит на этого монстра. Создавая монстра беспокойства, клиентка смогла укротить свои тревожные чувства. Она также создала контейнер (в виде его дома) и при необходимости сажала туда монстра.



Рис. 6.23. Глиняный монстр беспокойства одной участницы группы

Источник: из личной коллекции А. W. Zettler.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕНТАЛЬНЫХ ОБРАЗОВ

Работа в рамках КПАТ часто включает в себя трансформацию ментальных образов. Образы, которые клиенты «несут с собой», могут быть причинами проблемных эмоциональных реакций или поведения. Изображения того, как клиенты видят себя, часто основаны на переживаниях, испытанных в детстве, и затем они переносятся в юность и зрелость. Другие образы уходят корнями в недавние тревожные переживания. И те и другие образы могут быть изображены на сеансе арт-терапии и стать поводом для обсуждения своей личностной схемы, которая поможет изменить или уменьшить их эмоциональное воздействие. Корректировка образа может быть проведена непосредственно в исходном изображении или можно создать новый объект, который используется для сравнения с первым (в этом случае оба изображения размещаются рядом).

Например, Сарид и Хасс (2010) сообщили о проведении арт-терапии с 24-летней женщиной, пострадавшей во время езды на велосипеде. Она зафиксировалась на том факте, что не заметила преграду на своем пути, врезалась в нее и сломала ногу. Поскольку женщина никак не могла выбросить это событие из головы, ее направили на краткосрочную арт-терапию (четыре сеанса).

Сначала терапевт попросил клиентку нарисовать несчастный случай. Она изобразила большой черный предмет посреди дороги с черной фигурой рядом с ним. Так она выражала гнев на себя за собственную глупость, из-за которой не заметила преграду на своем пути. Затем ее попросили на этом же листе нарисовать присущие ей другие качества, используя для каждого разные цвета. Когда рисунок был завершен, клиентка была удивлена, насколько ярким и красочным он получился. Женщина даже сказала, что *«черный цвет подчеркивает другие мои цвета»* (Sarid & Huss, 2010, с. 10). Сарид и Хасс пришли к выводу, что с помощью данного процесса клиент может поместить сам объект и его ментальный образ в контекст общего образа себя. Благодаря этому эмоциональное воздействие первоначального изображения уменьшается; оно перестает быть навязчивым, уходит из фокуса внимания и больше не мешает общему благополучию клиента.

Управляемые образы (ментальные экскурсии)

Управляемые образы (GI), инициированные терапевтом, могут подключаться к мысленным образам клиента. Обычно рассказываемые терапевтом истории разрабатываются индивидуально с целью использования ментальных картинок клиента для раскрытия внутренних ресурсов или стратегии его выживания. По мнению Зингер (1974) и Лусбринк (1990), ментальные образы возникают наиболее ярко, когда клиент находится в расслабленном состоянии. Расслабление может быть вызвано дыхательными упражнениями, сканированием тела или упражнением прогрессирующей мышечной релаксации.

«Типичный сеанс направленной визуализации [управляемых образов] начинается с расслабления и сопровождается конкретным изображением, предложенным гидом (терапевтом), затем происходит воображаемое путешествие со множеством меняющихся образов и сопутствующим значительным эмоциональным содержанием» (Singer, 1974, с. 70).

В конце управляемого путешествия клиенту предлагается отдохнуть и поразмышлять о полученном опыте. Рекомендуется также сделать письменное описание пережитых состояний, или нарисовать их, или иным способом изобразить наиболее важные моменты путешествия с гидом.

Лусбринк (1990) предлагала арт-терапевтам начинать путешествие с базовых сцен, таких как луг, водный пейзаж, горы, дом и т. д., а затем идти дальше, чтобы встретить препятствие или проблему, которые преодолеваются для достижения цели. На этом управляемое изображение обычно заканчивается. Лусбринк рекомендовала, чтобы после окончания воображаемого путешествия арт-терапевт попросил клиентов нарисовать три сцены из ментальной экскурсии. Она писала, что *«для рисования образов рекомендуются краски или акварели, которые способны подчеркнуть аффективную составляющую опыта»* (Lusebrink, 1990, с. 154). Также они нужны для фиксации неуловимых ментальных образов. *«Управляемые образы в основном используются для решения проблем путем преодоления препятствий, расширения прав и возможностей отдельных участников и оказания помощи в снятии и преодолении стресса»* (Lusebrink, 1990).

Примеры из практики

Чтобы поработать над расширением своих возможностей, группе, в которой участвовал Скотт, был предложен общий управляемый ментальный образ — путешествие в пещеру в поисках сокровищ. После короткого упражнения на расслабление терапевт, используя управляемые образы, дал указание участникам выбрать предметы, которые нужно взять с собой в пещеру (еду, рюкзаки, фонарики и мечи).

Затем воображаемым путешественникам дали указание преодолеть препятствие (в случае с пещерными изображениями участники должны пройти мимо дракона), чтобы найти сокровище. По окончании Скотт, используя акварели, создал три картины: 1) подготовительный образ показывает его перед входом в пещеру с высоко поднятым мечом, готовым к дальнейшему приключению (рис. 6.24); 2) убийство дракона, охраняющего сокровище (рис. 6.25); 3) поиск сокровища (рис. 6.26). Скотт с помощью рисунков рассказал о своем волнении и о своей решительности, но главное, что для поиска сокровища он нашел в себе силы идти в такое страшное место и иметь дело со свирепым зверем.

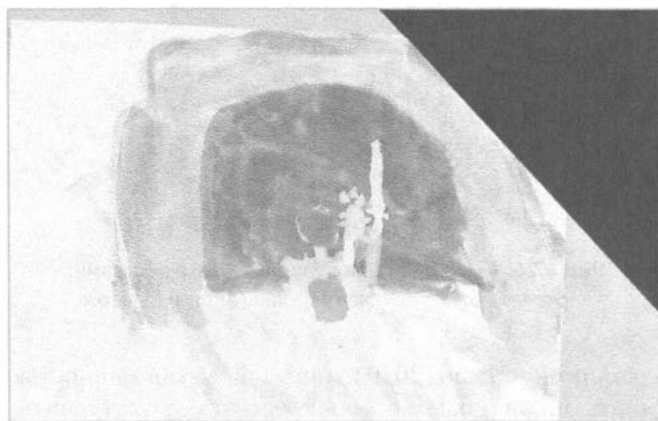


Рис. 6.24. Из путешествия с управляемыми образами: картина Скотта о том, что он готов войти в пещеру с рюкзаком и высоко поднятым мечом

Источник: «Approaches to Art Therapy with Children» (p. 177), by M. L. Rosal, in Art for All the Children, by F. E. Anderson (ed.), 1992, Springfield, IL: Charles C. Thomas. Reprinted with permission; and with permission from Approaches to Art Therapy with Children (p. 65), by M. L. Rosal, Burlingame, CA. Печатается с разрешения Abbeygate Press.



Рис. 6.25. Из путешествия с управляемыми образами:
картина Скотта об убийстве дракона, охраняющего сокровище

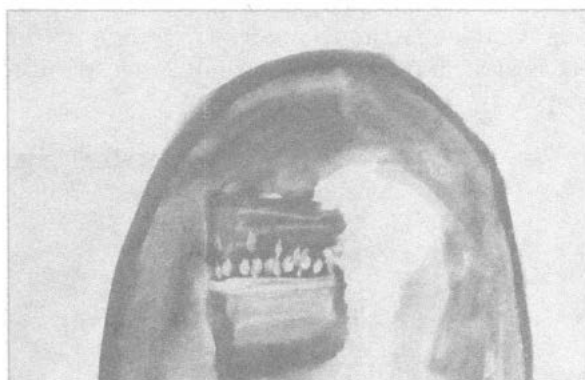


Рис. 6.26. Из путешествия с управляемыми образами:
картина Скотта о поиске сокровищ внутри пещеры

Мерсер, Варсон и Чжао (2010) занимались выраженностью стресса у студентов-медиков и были обеспокоены тем, что студенты-медики из-за высоких учебных нагрузок регулярно испытывают стресс. В ходе исследований они установили, что создание рукописных журналов не только снимает стресс и снижает тревожность, столь распространенные в жизни студентов и аспирантов, но одновременно способствует их профессиональному и личностному развитию. Авторам исследования захотелось изучить эффекты, которые возникают после добавления к письменному процессу еще и художественного творчества. Упомяну-

тые авторы ранее уже доказали, что визуализация написанного текста противодействует развитию стресса, а также снижает его уровень. Их новая гипотеза включала предположение, что добавление средств искусства приведет к еще большей эффективности при работе со стрессом. Авторы писали, что *«живой журнал успешно сочетает визуальные и письменные вмешательства, позволяя испытать как эмоциональное удовлетворение, так и когнитивное осознание»* (Mercer et al., 2010, с. 144).

Студенты-медики были обследованы в течение двух сессий. На первом сеансе они достигали визуализации с помощью управляемых образов: *«Визуализация фокусировалась на их дыхании и на выявлении эмоций, вызывающих стресс»* (с. 144). После этого во время той же сессии участников просили нарисовать их стресс. На следующей сессии была проведена повторная управляемая визуализация образов, и на этот раз участников просили *«представить новое, менее напряженное изображение своего стресса»* (с. 144), которое затем требовалось нарисовать в виде более позитивного образа. Хотя из-за небольшого количества участников результаты не могли быть доказательными, все же у студентов собрали словесные описания обеих сессий. Как сообщили Мерсер и соавторы (2010), один из участников написал, что *«управляемое “путешествие” расширяет внутренние возможности»*.

Экспозиция в воображении

Экспозиция в воображении (Imaginal exposure — IE) — это особая когнитивно-поведенческая техника, разработанная для того, чтобы помочь людям справиться с трудными воспоминаниями, ситуациями или навязчивыми образами. Этот тип упражнений с образами применяется терапевтом в тех случаях, когда клиент в своей жизни регулярно сталкивается с опасной или тревожной ситуацией, вызывающей у него сильное беспокойство, про которое он соглашается рассказать (Фоа, Nembree & Rothbaum, 2007). Терапевт предлагает клиенту мысленно представить беспокоящую его ситуацию и рассказать или написать об этом либо в ходе КПАТ нарисовать ее. В большинстве случаев до того, как начинается подобный сеанс терапии, клиент выполняет обучение упражнениям на расслабление. Если он начинает проявлять беспокойство, терапевт делает паузу, пока клиент не подтвердит, что его беспокойство или страх утихли до приемлемого уровня; затем экспозиция в воображении продолжается (Кеапс & Kaloupek, 1982).

Примеры из практики

Рейнольдс (1999) работала с клиенткой, которая длительное время испытывала сильную печаль. Женщина, которой было около сорока лет, страдала из-за чувства сожаления, стыда и депрессии, вызванные ее отъездом из дома, в котором осталась семья. Муж обвинил ее в уходе и разрушении семьи. Клиентка не могла смотреть на фотографии прежнего дома без нарастающего беспокойства, тоски и раскаяния. Чтобы помочь женщине восстановить способность смотреть на фотографии без чувства тревоги, Рейнольдс выбрала методику экспозиции в воображении. Для этого она попросила клиентку оценить фотографии от наименее угрожающих ее благополучию до самых угрожающих. Для начала клиентка попросила своих детей помочь ей найти снимки, относящиеся к наименее угрожающему списку, и в качестве домашнего задания рассматривала их вместе с детьми. Работа прошла успешно, и женщина перешла к самым неприятным для нее фотографиям, на которых был изображен сад возле ее прежнего дома. Поскольку смотреть на эти снимки было тяжело, она решила, что лучше сплетет гобелен с изображением своего сада. После нескольких часов работы над гобеленом ее эмоциональная боль уменьшилась. Рейнольдс пришла к выводу, что выбранная тактика доверия клиенту и, как следствие, самостоятельного выбора способа трансформации своих образов была не только успешной, но также олицетворяла творческий подход к КПТ.

Переписывание образов

Переписывание образов (Imagery rescripting – IR) – это метод КПТ, используемый для смягчения навязчивых или непроизвольных воспоминаний и ментальных образов, связанных с травмирующими событиями. Согласно Арнцу (2011), IR успешно применялся при работе с пациентами с обсессивно-компульсивным расстройством (ОКР), депрессией, ПТСР, расстройствами пищевого поведения, социальной фобией и расстройствами личности. Согласно Арнцу и Виртману (1999), в КПАТ *«существенная роль графического компонента [IR] служит главной цели – расширению своих возможностей»* (с. 717).

Методика заключается в следующем:

а) активировать тревожные воспоминания или ментальные образы события;

б) дать возможность клиенту выразить сильные эмоциональные реакции на запомнившиеся образы;

в) создать среду для изменения эмоциональной интенсивности воспоминаний или образа события;

г) предложить перспективу изменения убеждений и схем, связанных с событием (Arntz, Tiesema & Kindt, 2007).

Грюнерт, Смакер, Вайс и Раш (2003) утверждали, что в основе IR лежит модификация образов, во время которой клиенту предоставляется возможность получить контроль над травмирующими событиями и прервать цепочку постоянно возникающих навязчивых изображений и воспоминаний.

IR включает четыре типа изображений:

а) воображаемое воспоминание (доступ и повторное переживание находящегося в памяти страха вместе с сопутствующими аффектами);

б) переписывание в воображении (имаджери-рескриптинг виктимизации/травмы совладающими/адаптивными изображениями);

в) воображаемые образы самоуспокоения/саморегуляции (например, образы ВЫЖИВШЕГО — поддерживающего — ЖЕРТВУ, образы ВЗРОСЛОГО — поддерживающего — РЕБЕНКА);

г) эмоционально-лингвистическая обработка (преобразование травматических образов и сопровождающих их эмоций в нарративный язык при одновременном оспаривании и изменении связанных с травмой установок) (с. 334).

Согласно Грюнерту и соавторам, у IR имеется существенный ресурс для расширения возможностей клиента в процессе переписывания изображений. Они использовали термин «сократовские образы» (по аналогии с «Сократовскими диалогами») для описания способа, с помощью которого вовлекали клиента в использование возможностей адаптивных образов (клиент обрабатывает травматическое событие и бросает вызов своему первоначальному повествованию о травме).

Примеры из практики

Гант и Тиннин (2007) разработали протокол для людей, страдающих от ПТСР и диссоциативных событий. Они назвали свой протокол интенсивной терапией травмы (ИТТ). (1) Хотя этот подход к лечению ПТСР имеет множество компонентов, одним из характерных примеров служит IR-терапия с использованием арт-терапии.

После обсуждения рассказа о травматическом событии клиентам предлагалось создать повествование о травме в виде серии рисунков определенной направленности. Графическое повествование делится на семь частей или сцен травмирующего события: «1) испуг; 2) сорванное намерение (сражаться или бежать); 3) замораживание; 4) измененное состояние сознания (ступор); 5) ощущения в теле (предшествующие телесные воспоминания); 6) автоматическое повиновение; 7) самовосстановление» (Gantt & Tinnin, 2007, с. 70). Гант и Тиннин просили нарисовать каждую сцену на отдельном листе. Фотографии клиента до и после рисования завершают серию. Затем терапевт показывает клиенту рисунки и пересказывает историю травмы, используя прошедшее время. Все записывается на видео и используется позже в протоколе ИТТ для просмотра клиентом. Авторы сообщают, что вербальная и невербальная обработка травматического события *«обычно достигает когнитивного закрытия и наполняет травматическую память прошедшим временем»* (с. 70). Травма превращается из чего-то, удерживаемого в настоящем времени, во что-то, что произошло в прошлом. Это помогает клиенту достичь более адаптивного функционирования *«здесь и сейчас»*.

Подобный процесс ИР применили Сэйрид и Хасс (2010), проводившие КПАТ с молодым человеком, которого избили и ограбили на заправочной станции. В дополнение к использовавшимся методам релаксации и когнитивной реструктуризации они применили ИР для наиболее тревожного образа, который выбрал клиент: *«Вижу себя кричащим и сгорбленным рядом с газовыми насосами, защищающими мою голову от их ударов»*. Клиент назвал свои крики наиболее тревожной частью этого изображения (Sarid & Huss, 2010, с. 9). Чтобы помочь ему *«переписать»* это изображение, терапевт попросил клиента отрегулировать уровень громкости своих криков и предложил представить, что злоумышленники удаляются все дальше и становятся все меньше и меньше. ИР закончился тем, что клиент нарисовал безопасное для себя место. Сэйрид и Хасс пришли к выводу, что применение этой техники реструктурировало образ в *«менее интенсивное и интегрированное воспоминание»* (с. 9).

Когнитивная переработка повествования о травме была исследована Кэмпбеллом, Декером, Круком и Дивером (2016). Они выдвинули гипотезу, что комбинация методов арт-терапии и когнитивно-процессинговой терапии (англ. cognitive processing therapy — СРТ) для ветеранов с ПТСР будет более эффективной, чем один СРТ. Авторы основали свой подход на подходе Ганта и Тиннина к обработке травмы в дополнение к другим техникам КПАТ (постановка целей, создание масок, составление ментальных карт памяти для выявления сложных эмоций и эмоциональных триггеров, упражнения по преобразованию изображений для изменения образа горя и восстановление адаптивного

мировоззрения). После создания коллажа безопасности ветеранам было предложено создать шесть рисунков (рис. 6.27; К. П. Деккер, личные записи, 23 августа 2017 года):

- 1) создайте образ времени до травмы, когда вы чувствовали себя спокойно и в безопасности: позитивная память;
- 2) создайте образ последнего момента непосредственно перед травмой, который вы помните;
- 3) создайте образ того, что произошло во время травмы;
- 4) создайте образ момента, который вы можете вспомнить сразу после травмы;
- 5) создайте образ того времени, когда вы пытались успокоиться;
- 6) создайте образ места, в котором вы будете в безопасности от угрозы нападения или войны (безопасное место).

Рисование повествования о травме заканчивалось рисунком безопасного места. Клиенты рисовали на доске, и каждый ветеран рассказывал историю травмы в прошедшем времени. Результаты показали, что те, кто получал СРТ и арт-терапию, продемонстрировали лучшие результаты в переработке своих травм по сравнению с группой, получавшей только СРТ. Этот положительный результат подтверждает целесообразность включения арт-терапии в нарративную переработку травмы и в IR.

РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ

Решение проблем является ключевым компонентом КПТ и КПАТ. В начале 1970-х годов Спивак и Шуре (1974) считали обучение умению решать проблемы важнейшим элементом терапии молодых людей. Это практический подход к лечению, включающий *«нахождение для человека наиболее эффективного пути выхода из конфликта»* (Rosal, 2001, с. 212). В рамках этого подхода сначала выявляются проблемы, которые мучают человека, а последующие техники «включают» поиск реальных решений этих проблем (Mahoney, 1977).

Каздин, Сигель и Басс (1992) в качестве метода борьбы с межличностными конфликтами описали варианты своих техник, включающих первоначальное наблюдение и идентификацию поведения, а затем генерацию альтернативных решений и *«вовлечение в размышления»* (с. 736). Способность решать проблемы — ключевой элемент в деле преодоления трудностей (см. ниже раздел, посвященный совладанию). Само вовлечение в процесс творчества было приравнено к методу решения проблем (Curl, 2008; Packard, 1977; Rosal, 2001).

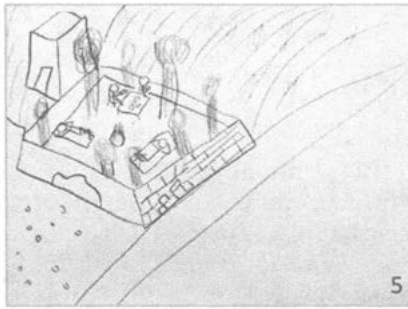
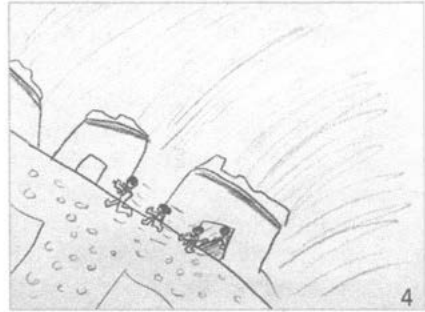


Рис. 6.27. Пример шести рисунков, связанных с боевой травмой

Источник: из собрания Департамента по делам ветеранов и Медицинской школы Восточной Вирджинии, одобренного IRB исследовательского проекта. Печатается с разрешения К. Р. Decker, MD.

С детьми

Эпп (2008) использовала КПАТ для развития у детей с расстройствами аутистического спектра (ASD) социальных навыков. Обоснование проведения арт-терапии с этой категорией детей заключалось в том, что дети с аутизмом часто являются визуалами, несмотря на то, что в основном они сконцентрированы на своих мыслях. Ее исследование подтвердило, что использование средств художественного творчества помогает удерживать их внимание. Также Эпп считала, что *«арт-терапия предлагает способ визуального решения проблем»* (с. 29). Она работала с небольшими группами по шесть человек. Одна из групповых арт-терапевтических методик, нацеленная на решение проблемы социализации, включала задание, чтобы каждый ребенок создал животное, похожее на себя («Если бы ты был животным, то каким?»). В течение последующих групповых занятий каждая небольшая группа создавала настенную фреску для среды обитания своих животных, где все животные могли бы жить вместе. Для детей с ASD при их низких способностях осуществлять совместные действия это задание стало серьезной проблемой. Чтобы спроектировать и завершить создание картины среды обитания для своих животных, членам группы пришлось работать вместе (при этом инструкция требовала проведения совместной работы социально приемлемым образом).

Со взрослыми

Гуссак (2009) разработал программу арт-терапии для снижения уровня депрессии у заключенных. Программа включала многие аспекты КПАТ. Некоторые техники были сосредоточены на решении проблем как способа справиться с суровой и иногда опасной тюремной средой. Гуссак предложил заключенным следующее задание: каждый человек должен создать скульптурный символ себя, используя только белую бумагу и клейкую ленту. Он отметил, что это задание *«подчеркивало индивидуальную идентичность, одновременно выявляя способности решать проблемы»* (с. 8). Скульптура самосимвола, представленная на рис. 6.28, была замысловатой и требовала для изготовления многочисленных шагов и творческого мышления. Более сложное задание на решение проблем было предложено группе в целом. Гуссак попросил членов группы, используя только бумагу и ленту, возвести мост, встроив в него в виде отдельных элементов скульптуры, созданные каждым участником (рис. 6.29).

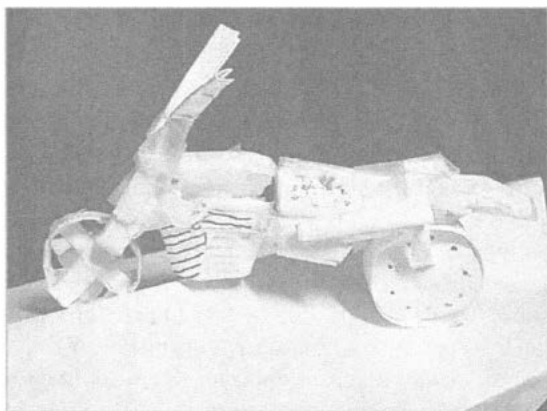


Рис. 6.28. Самосимвол заключенного в виде бумажной скульптуры тюрьмы, демонстрирующий его навыки решения проблем

Источник: «The Effects of Art Therapy on Male and Female Inmates: Advancing the Research Base» (р. 8), D. E. Gussak, in *The Arts in Psychotherapy*, 36, 2009. Печатается с разрешения Elsevier.

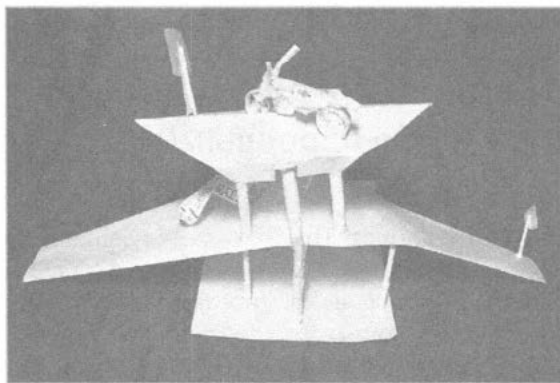


Рис. 6.29. Бумажная скульптура, объединяющая работы всех членов группы, для повышения навыков решения проблем

Источник: «The Effects of Art Therapy on Male and Female Inmates: Advancing the Research Base» (р. 9), D. E. Gussak, in *The Arts in Psychotherapy*, 36, 2009. Печатается с разрешения Elsevier.

Как отметил Гуссак, «некоторые мосты было создать довольно сложно. Эта работа потребовала гораздо более совершенных навыков решения проблем и социализации» (с. 8). Результаты его исследования показали,

что участники арт-терапевтической группы стали менее подавленными и более внутренне ориентированными в своем локусе контроля. Он резюмировал результаты групповой арт-терапии словами, что *«заключительные проекты неизменно являлись прекрасным примером при решении сложных проблем»* (с. 11).

КОПИНГ-СТРАТЕГИИ (СОВЛАДАНИЕ С ПРОБЛЕМОЙ)

Копинг (совладание) — это когнитивная стратегия, которая используется для борьбы со стрессовыми событиями. Лазарус и Фолкман (1984) определили копинг как *«реалистичные и гибкие мысли»*, которые *«снижают стресс»* (с. 118). Поэтому очень важно во время лечения установить взаимосвязь между совладанием со стрессом и стрессовыми событиями. Выделяют две основные функции преодоления: во-первых, для управления стрессовыми эмоциями (внутренняя функция копинга) и, во-вторых, для нивелирования затрагивающих человека проблем, которые возникают в окружающей среде (внешняя функция копинга) (Folkman et al, 1986). Существует также связь между копингом и когнитивной оценкой. В модели совладания, предложенной Лазарусом и Фолкманом (1984), человек оценивает стрессор или как вызов, или как угрозу. Если стрессор воспринимается как вызов, человек сможет эффективно с ним справиться и решить проблему. Если стрессор кажется угрозой, могут возникнуть негативные эмоции — человек может почувствовать уязвимость, при этом способность справляться с ситуацией снижается.

Повышение способности клиента справляться с трудностями является важной целью лечения КПТ и КПАТ. Существует множество способов помочь клиентам развить способность справляться с ситуацией, в том числе стресс-прививка Мейхенбаума (1975), скрытое моделирование Каздина (1974) и модифицированная систематическая десенсибилизация Голдфрида (1971). Для начала рекомендуется, чтобы клиенты идентифицировали навыки, ресурсы и системы поддержки, которыми они уже пользуются в настоящее время. В исследовании копинг-стратегий у женщин с раком молочной железы Остер и соавторы (2007) заимствовали определение понятия *«ресурсы для преодоления»*, предложенное Хаммером и Мартингом, которые описали их *«как присущие людям ресурсы, которые позволяют им более эффективно справляться*

со стрессорами, при воздействии стрессора испытывать меньше симптомов или быстрее восстанавливаться после подобного воздействия» (Oster et al., 2007, с. 280).

Другая стратегия состоит в том, чтобы оценить сильные и слабые стороны уже существующих механизмов преодоления и определить альтернативные навыки, которые могут быть полезны для управления стрессорами. Способность решать проблемы полезна для развития навыков преодоления трудностей и может быть целью лечения (см. выше раздел «Решение проблем»). Арт-терапевты отмечают, что участие в создании предметов искусства может выступать механизмом преодоления трудностей и расширения возможностей совладания. Художественное творчество дает выход сложным эмоциям, помогает сосредоточиться и способствует расслаблению: все это полезно, когда люди находятся в напряжении. Керл (2008) выразил уверенность, что арт-терапия и GI (Guided Imagery – направляемое воображение) помогают «организовать мысли» и могут использоваться для выхода из трудных ситуаций, помощи в решении проблем и снижения уровня стресса.

Примеры из практики

Девятилетний Джон, страдающий СДВГ, имел низкую самооценку, но благодаря КПАТ развил свое чувство равновесия. Узнав, как справиться со своей «дикой» частью и почувствовав, что способен владеть собой, он стал «сражаться» со своей неуверенностью. Его задача состояла в том, чтобы научиться справляться с симптомами, характерными для СДВГ, и связанным с ними импульсивным поведением, которое мешало ему завести друзей. Чтобы переломить ситуацию, он представил себя великим воином, готовым избавиться от своего проблемного поведения (рис. 6.30).

Остер и др. (2006) провели исследование, чтобы понять, как можно улучшить адаптивные ресурсы женщин с раком молочной железы. Авторы поняли, что возможности усиления стратегий выживания кроются в том, как женщины видят себя и свое тело после операции, химиотерапии и лучевой терапии, ведь для них это оказалось жизненно важным. Авторы также обнаружили, что *«способность интегрировать изображение тела и функции тела после операции является важным аспектом процесса преодоления»* (с. 58). Программа арт-терапии из пяти

сессий была направлена на решение двух задач, связанных с осознанием тела и преодолением стресса: во-первых, для оказания поддержки в восстановлении образа тела, а во-вторых, для снижения стресса и повышения способности справляться с раком. Художественный метод, который предназначался для этих целей, предполагал создание контура тела. Терапевт обрисовал тело каждого члена группы арт-терапии. Затем каждой клиентке было предложено использовать формы и цвета, чтобы выразить мысли и чувства по поводу различных частей своего тела. Женщины в группе арт-терапии продемонстрировали улучшения совладания, измеренные с помощью тестирования. Авторы также сообщают, что *«было установлено, что положительное изображение тела влияет на самооценку в борьбе с раком молочной железы»* (Oster et al., 2006, с. 62).

Используя арт-терапию для снятия стресса и улучшения совладания у 60 работников здравоохранения, Виснола, Спрудза, Бэйк и Пайк (2010) провели с ними за два месяца девять сеансов. Работа включала три этапа, каждый из которых состоял из трех сеансов. На первом этапе участники сосредоточились на поиске и распознавании стратегий преодоления стрессовых ситуаций. Первым методом КПАТ было создание дерева эмоций: у группы была возможность идентифицировать различные эмоциональные состояния, в том числе болезненные.

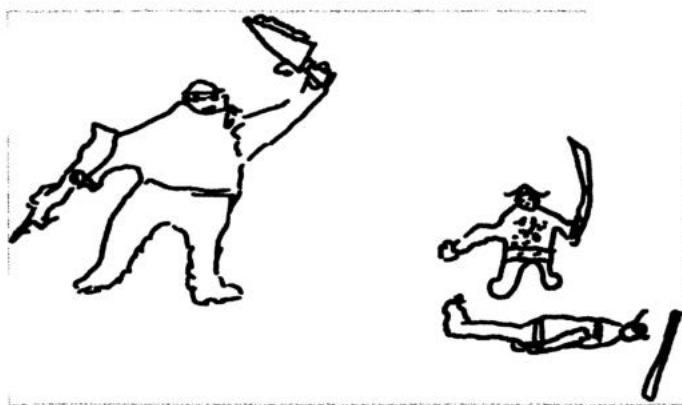


Рис. 6.30. Джон в виде воина, сражающегося со своим импульсивным поведением

Источник: *Approaches to Art Therapy with Children* (p. 57), by M. L. Rosal, 1996, Burlingame, CA: Abbeygate Press. Печатается с разрешения.

Затем последовала просьба определить, где в их телах находятся сложные эмоциональные состояния, а также нарисовать и раскрасить те области, где они чувствовали стресс. Чтобы научиться справляться с трудностями, участники выполняли упражнения на расслабление. Затем последовало еще одно вмешательство КПАТ, которое включало в себя выявление стрессовых ситуаций на рабочем месте и нахождение различных решений с использованием навыков решения проблем. Участникам было предложено определить положительную ситуацию в повседневной жизни и нарисовать ее в качестве домашней работы для следующей сессии.

Когнитивная перестройка находилась в центре внимания второго этапа программы лечения. Участникам предложили выражать свои чувства на бумаге, в том числе описывать их, что помогло высвобождению тревоги. Участников также попросили определить свои ресурсы на рабочем месте и обсудить их с другими членами группы. Основной темой этого этапа была борьба с нехваткой времени, а также преодоление временных ограничений, которые увеличивают нагрузку на работе. Тема третьего этапа — самопознание и раскрытие положительных эмоций. Обработка данных завершилась перечислением ресурсов и достижений, полученных в результате арт-терапии каждым участником.

Итоги исследования показали, что в группе лечения уровни тревожного состояния были значительно снижены, но средние показатели наличия стресса значимо не отличались между группами лечения и контроля. Значительно более серьезные изменения в группе лечения произошли в показателях самооценки и уверенности в себе. Качественные оценки показали, что члены группы лечения лучше справлялись со стрессом и быстрее находили решения проблем. Для описания того, что они узнали в процессе работы, большинство участников выбрало следующие посттестовые утверждения: *«открыл способ(ы) решать стрессовые ситуации»* и *«изменил отношение к ситуации»* (с. 89). Авторам придало воодушевление отмеченное в исследовании изменение отношения к себе, поскольку это указывает на реструктуризацию мышления, что требует усилий.

АДАПТАЦИЯ И ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ

Объединяющей целью КПТ является поведенческая адаптация (Mennin, Ellard, Fresco, & Gross, 2013). Терапевты развивают в своих клиентах адаптивные качества как универсальное средство, позволяющее выживать и преуспевать. Те, кто может приспособиться к широкому кругу обстоятельств, часто характеризуются как устойчивые люди. Жизнестойкость определяется как *«позитивная адаптация в контексте значительных проблем, по-разному относящихся к способности, процессам или результатам успешного развития на протяжении всей жизни во время или после воздействия потенциально изменяющих жизнь переживаний»* (Masten, Cutuli, Herbers & Reed, 2009).

Другие авторы также связывают адаптацию и жизнестойкость. Например, Вoo, Фредриксон и Тейлор (2008) концептуально оценили эмоциональную жизнестойкость как использование эмоциональных ресурсов для адаптации к неблагоприятным условиям. Развитие адаптационных способностей и устойчивости является кульминацией нескольких вмешательств КПТ, обсуждаемых в этой главе. В их число входят:

- навыки решения проблем;
- навыки саморегуляции для самоконтроля;
- позитивное самовосприятие и самоэффективность;
- контроль внимания, фокусировки, возбуждения и импульсов (побуждений) (Masten et al., 2009).

Адаптация и жизнестойкость являются фундаментальными для КПТ характеристиками и в итоге определяют конечные цели этого направления психотерапии.

Примеры из практики

Чтобы повысить самооценку и жизнестойкость, Рогханчи и соавторы (2013) изучали интеграцию рационально-эмотивно-поведенческой терапии (РЕВТ) и арт-терапии. В консультационном центре учреждения в 10-недельной интервенционной программе для группы студентов университета техники РЕВТ сочетались с искусством гравировки. Участники группы лечения продемонстрировали повышение как самооценки,

так и устойчивости, но ни один из них не достиг уровня значимости. Участники сообщили, что занятия искусством помогли им расслабиться и успокоиться. Авторы отмечают, что существует мало исследований в области арт-терапии для достижения жизнестойкости.

Мне тоже было трудно найти статьи, непосредственно касающиеся проблем адаптации и жизнестойкости. Однако при анализе примеров, описанных в этой главе, я обнаружила, что несколько арт-терапевтов работали и над этой задачей. Использование арт-терапии для создания адаптивности и жизнестойкости можно увидеть во многих случаях. Например, Элкис-Абухофф (2008) при работе с Эммой обнаружила, что девушка социально не развита и, хотя ей было 18 лет, не думала о планах на будущее. Благодаря участию в арт-терапии Эмма перешла от тревожности и социальной изоляции к обсуждению планов своего образования. Она также начала развивать стратегии совладания, которые помогали ей подружиться и взаимодействовать со сверстниками, справляться с чувством недовольства отца из-за ее ухода из дома. В конечном итоге Эмма была подготовлена к получению среднего образования. Перечисленные терапевтические успехи свидетельствуют об обретении жизнестойкости и адаптации к новому этапу ее жизни. Точно так же Рейнольдс (1999) обнаружила, что использование КПАТ и в частности методов воздействия на взрослую женщину, которая была излишне тревожной, привело к тому, что женщина почувствовала себя менее уязвимой при эмоциональных нападках на нее, что является одним из аспектов жизнестойкости.

Скотт, 12-летний школьник с проблемами поведения, также приобрел жизнестойкость, что можно наблюдать на двух его последних рисунках, сделанных во время сеансов арт-терапии. Когда его попросили нарисовать, что он узнал о себе, занимаясь арт-терапией, его лицо озарила широкая улыбка (рис. 5.9). Когда его попросили нарисовать, что он узнал о других, он изобразил себя вместе с другом (рис. 6.31). Он признал, что раньше у него никогда не было друзей и что было здорово найти их сейчас. Ощущение себя счастливым человеком отчетливо отличалось от тех ощущений, которые он испытывал в начале групповой арт-терапии. То, что он мог прямо сказать, что у него есть друг, было необычно. До лечения Скотт был неприветливым и враждебно настроенным по отношению к другим, и чаще всего его общение со сверстниками заканчивалось спорами и слезами. Эти два рисунка указывают на то, что подросток стал более адаптивным и гибким. На рис. 6.31 Скотт кивает другу, которого он нашел в группе арт-терапии.



Рис. 6.31. Рисунок Скотта о том, что он узнал о ком-то еще в своей терапевтической группе. Он узнал, что может подружиться

Источник: «Cognitive-Behavioral Art Therapy» (p. 341), by M. L. Rosal, in *Approaches to Art Therapy: Theory & Technique* (3rd ed.) by J. A. Rubin (ed.), 2016, New York, NY: Routledge. Печатается с разрешения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В этой главе представлен обзор наиболее распространенных методов, применяемых терапевтами КПАТ. Перечисленные практики включают в себя выявление источника проблемных познаний, понимание того, как они влияют на поведение, а также методики использования искусства для преобразования дисфункциональных мыслей.

Обращение к эмоциям является основной целью КПАТ, а методы совладания со сложными чувствами включают оценку и понимание эмоциональных состояний, раскрытие воздействия эмоций, смягчение силы чувств и использование возбужденных эмоциональных состояний во время сеанса или в естественных условиях (*in vivo*).

Изменение негативной самосхемы также является важной целью КПАТ. Таких изменений можно достичь, если первоначально идентифицировать собственную схему, а также ее сильные и слабые стороны. Достижение целостного ощущения себя происходит путем интеграции разнообразных сторон своей личности в маски или символы животных. Эти художественные работы раскрывают как позитивные, так и негативные характеристики человека, что ведет к самопознанию и в конечном итоге к повышению самооэффективности.

Ментальные образы — важная практика в КПАТ. Терапевты постоянно ищут ключи к образам, регулярно возникающим в голове клиента. Воссоздание ментальных образов на бумаге или в скульптурной форме

помогает клиенту распознать и понять происхождение возникших ментальных конструкций и токсичную природу некоторых из них. Управляемые изображения могут раскрыть внутренние ресурсы человека и создать возможность опереться на них в повседневной жизни.

Воображаемое воздействие может уменьшить страхи и беспокойство клиента, постепенно приспосабливая его к опасным ситуациям. Когда клиент находится в расслабленном состоянии, усиленное воздействие становится более эффективным, в итоге повышается переносимость фобий и ситуаций, вызывающих тревогу.

Переписывание образов также важный процесс КПАТ, когда человек создает проекты каждого этапа прошлого травмирующего события. Рисунки рассказывают о травме и могут быть озвучены первоначально клиентом, а затем повторно пересказаны терапевтом, акцентирующим внимание на прошедшем времени описываемого события. Изображение того, что происходит после травмирующего события, обнаруживает навязчивые мысленные образы как в прошлом, так и в текущий момент жизни человека, пришедшего на терапию.

Тремя основными целями КПАТ являются решение проблем, со-владение, адаптация/стрессоустойчивость. В работе над этими целями заключается общая тенденция КПАТ, но они могут рассматриваться и как отдельная мишень для лечения методами КПАТ.

Как было сказано выше, занятия художественным творчеством сами по себе способствуют решению проблем. Тем не менее поощрение решения проблем может быть целью различных методик КПАТ (это оказалось верным для заключенных во время изготовления бумажных скульптур).

Еще одной функцией КПАТ является повышение способности клиента самостоятельно справляться с травмирующей ситуацией и стрессом. Распространенный метод КПАТ для выявления стресса заключается в использовании контура тела, в котором с помощью различных цветов и красок маркируются напряженные участки.

Для нахождения личных стилей адаптации клиентам можно предлагать описанные ранее стратегии преодоления с помощью создания коллажей, которые также могут оказать помощь в определении проблемных областей. Изучение того, как лучше адаптироваться к вновь возникшим стрессовым ситуациям, является основной целью КПТ и КПАТ. Поиск способов адаптации повышает устойчивость клиента к будущим стрессорам и возникающим в жизни препятствиям и может предотвратить рецидивы или повторение серьезных неудач.

В этой главе представлен широкий спектр практик и процедур КПАТ, направленных на корректировку возникающих у клиентов разнообразных тяжелых ситуаций. Первый шаг в терапии — как можно быстрее оценить потребности клиента. Выявление существующих проблем приведет ко второму шагу — разработке оптимальных стратегий лечения именно этого человека.

Удовлетворение потребностей клиента является ключом к КПАТ. Выбор конкретной практики КПАТ зависит от запросов клиента, заявленных для терапии. Понимание силы познания, эмоций, собственных схем и мысленных образов побуждает терапевта КПАТ находить наиболее эффективные методы, которые целесообразно использовать для терапевтического процесса с учетом индивидуальных особенностей пришедшего в терапию человека.

Глава 7

МАЙНДФУЛНЕСС КАК ЭВОЛЮЦИЯ КПТ

Когнитивно-поведенческие психотерапевты, владеющие целым рядом практических приемов, имеют возможность разработать множество уникальных вмешательств, основанных на буддийской психологии познания, которые могут быть чрезвычайно полезны для обучения тревожного человека более адаптивным представлениям о природе своих когниций.

Toneatto, 2002

В 1940-х и 1950-х годах появились первые теории и практики поведенческой терапии — первое поколение КПТ. Когнитивная революция 1960-х и 1970-х годов повлияла на практические интервенции — психотерапевты включили в свои техники вопрос «*как и почему люди думают?*» (второе поколение поведенческой терапии). Именно тогда родилась аббревиатура КВТ (в русскоязычном варианте КПТ — когнитивно-поведенческая терапия). Развитие КПТ продолжалось, можно сказать, что сформировалось целое поколение новых практик. С 1990-х годов КПТ претерпевает трансформацию (третья волна). Для объяснения этой тенденции следует напомнить, что согласно Тонеатто (2002), сильнейшей стороной КПТ является ее адаптивность — каждый новый метод скрупулезно изучается на большом массиве эмпирических данных. После подобной проверки некоторые техники исключаются из работы, хотя таких случаев немного. Именно такой подход способствует эволюционному развитию и связанному с ним возникновению разнообразных методов КПТ.

Возникшие направления во многих аспектах различаются, но у них есть нечто общее — теоретики и практики заимствовали из

200

буддийской психологии созерцательные и медитативные традиции и интегрировали их в КПТ. Все методы буддийских созерцательных практик включают осознанность, принятие и сострадание (Херберт и Форман, 2011а).

Эволюционная природа КПТ обусловлена ее фундаментальной эпистемологией, а именно принципом, что терапевтическое лечение должно базироваться на легитимных фактических данных. Это означает, что когда какое-либо вмешательство не работает, применяются другие методы — и так до тех пор, пока не будет найдено эффективное воздействие. Основой подобного подхода служит научный фундамент; несмотря на то, что нет единой философии, на которой базируется КПТ, наиболее тесно она связана с критическим рационализмом (Нотманн et al., 2013).

Философия критического рационализма используется для концептуализации во множестве естественных наук. Одним из важнейших аспектов упомянутого философского течения является обязательность эмпирических исследований: каждая гипотеза проверяется опытным путем, и если обнаруженные данные не подтверждают высказанные предположения, гипотеза считается неверной. Такой подход полностью соответствует формату исследований эффективности практик КПТ. Поэтому именно критический рационализм определяет подходы КПТ-терапевтов к лечению своих клиентов. Самих клиентов также побуждают использовать научное мышление. Им предлагается раскрыть и изучить когниции, возникающие в их мышлении. Если клиент убеждается, что его мысли или убеждения ошибочны, он может пересмотреть содержание восприятия, обусловленное прошлым опытом, что привело к неадаптивным ответам. На основании проведенного анализа у клиента появляется возможность заменить свои ошибочные представления на более рациональные.

Сегодняшнее третье поколение (или третья волна КПТ) стало развиваться, потому что для нескольких диагностических групп, включая клиентов с рецидивирующей депрессией, прежние методы не работали достаточно хорошо. Оригинальные стратегии КПТ, практикуемые с этой группой клиентов, в течение некоторого времени давали требуемый эффект, но затем клиенты отказывались от терапии. Поиск способов лечения людей с рецидивирующей депрессией привел исследователей КПТ на путь, включающий осознанность и медитативные практики. Цель этой главы — с учетом постулатов философии критического рационализма рассмотреть истоки теории, стоящие за новым эволюционным шагом в КПТ.

ПЕРВОНАЧАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРАКТИК КПТ ТРЕТЬЕЙ ВОЛНЫ

Две группы клиентов (люди с пограничными расстройствами личности и люди с рецидивирующей депрессией) трудно поддаются лечению традиционными методами КПТ. После прохождения курса лечения у них часто наблюдаются рецидивы. Чтобы найти более эффективные методы воздействия, терапевты начали экспериментировать, используя дополнительные практики. Например, две модели лечения — диалектическая поведенческая терапия (DBT), разработанная Линехан (1993а), и когнитивная терапия, основанная на майндфулнесс (осознанности) (МВСТ), разработанная Сигалом, Вильямсом и Тисдейлом (2002), — содержали в своем терапевтическом протоколе буддийские психологические методы. Авторы этих методов обнаружили, что при лечении многих диагностических групп стойкий терапевтический эффект дает сочетание основных принципов КПТ с буддийскими практиками созерцания и осознанности. Хотя на первый взгляд эти психологические традиции кажутся диаметрально противоположными, при вдумчивом изучении буддийская психология и КПТ имеют много общего (Tirch, Silberstein, & Kolts, 2016).

Как сказано выше, чтобы подчеркнуть эволюционную природу новых практик КПТ, некоторые теоретики назвали более поздние разработки третьей волной или третьим поколением КПТ (Herbert & Fogtan, 2011b). В то же время другие психологи считают, что нет необходимости описывать текущие нововведения в КПТ как принципиально новую терапию. Из-за изначально эволюционной природы КПТ многие ученые придерживаются мнения, что введение нового понятия «третья волна» в этой терапевтической традиции ошибочно, так как на данный момент не найдено достаточного количества кардинальных отличий, обосновывающих необходимость выделения практик «третьей волны» из массива более традиционных вмешательств КПТ. Таким образом, правомерность идентификации третьей волны как отдельного направления активно обсуждается в литературе. Например, Хофманн и Асмундсон (2008) утверждают, что новая волна лечения, по сути, уходит корнями в КПТ и не должна рассматриваться как инновационная, а, скорее, должна считаться еще одним этапом эволюции КПТ.

Действительно, многие авторы предпочитают термин «модификации КПТ», а не «КПТ новой волны». В настоящее время теоретики продолжают изучать сходства и различия между техниками, присущими базовой модели КПТ и применяемыми в новых подходах.

В то же время следует упомянуть одно существенное отличие, имеющее большое значение для разграничения исходной КПТ и нововведений третьей волны. Хофманн и Асмундсон (2008) считают, что кардинальное различие между ними заключается в том, что *«методы КПТ в первую очередь (но не исключительно) продвигают стратегии регуляции эмоций, основанные на переоценке ранее имеющихся эмоциональных стимулов. В отличие от этого терапия осознанности и сострадания (и другие КПТ-практики осознанности) в первую очередь разрабатывают стратегии, препятствующие подавлению эмоций»* (с. 2–3).

В остальном лечение на основе осознанности или третьей волны практически совпадает с первоначальной моделью КПТ. Фактически созерцательные и медитативные практики буддийской традиции имеют многочисленные когнитивные корреляты с КПТ. Следовательно, «модификация» является более точным термином для определения новых практик, и неудивительно, что его предпочитают многие КПТ-терапевты, поскольку этот термин подчеркивает эволюционную природу КПТ.

Соединение буддийских практик и методов КПТ вошло в обиход. Чтобы понять, каким образом буддийские принципы стали инновационным аспектом КПТ, важно изучить общие черты обеих психологических традиций. Прежде чем исследовать новые варианты КПТ, необходимо провести обзор буддийских психологических практик и тем самым заложить основы для понимания, почему эти практики теперь являются частью КПТ и ее недавно возникших модификаций.

Базовое освоение основных принципов буддизма необходимо для проникновения в суть созерцательных практик в контексте КПТ (оно описано в первой части этой главы). Также следует рассмотреть малоизвестное в западном мире положение, что буддийские психологические практики активируют и улучшают познание.

Вторая часть этой главы будет посвящена выявлению и изучению когнитивных аспектов буддийских практик.

СОЗДАНИЕ ОБЩЕЙ КАРТИНЫ БУДДИЙСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

И буддийская мудрость, и буддийская психология *«относятся как к традиции психологических техник, так и к прикладной философии, которая использовалась в буддизме в течение не менее 2600 лет для помощи людям в избавлении от страданий»* (Tirch et al., 2016, с. 3–4).

Такая традиция психологической практики вытекает из понимания принципов учения Будды. Как регулярно подчеркивают основоположники КПТ третьей волны, в КПТ вошла не сама религия буддизма, а взятые из буддизма прагматические практики, которые вызвали любопытство и захватили воображение и теоретиков, и практиков КПТ. Таким образом, изучение философии буддизма и его практик предоставило возможность для более глубокого понимания истоков действенности КПТ.

У этих двух психологических традиций есть много общих концепций, но одна концепция имеет решающее значение для понимания того, почему они смогли объединиться: обе традиции в значительной степени опираются на эмпирические доказательства, а методы обеих практик включают исследования и анализ их эффективности.

В то же время следует отметить, что в буддийской психологии используются не эмпирические методы исследования, столь распространенные в западной традиции, а эмпирические доказательства. Если буддийский практикующий обнаружит, что стратегия не работает, она отбрасывается и взамен нее используется другая. В дискуссии о буддизме как науке о разуме далай-лама заявил: *«Как только вы найдете факт, вы его примете. Даже если этот факт окажется противоречащим собственным словам Будды, это не имеет значения. Из-за этого я ощущаю, что основные буддийские принципы очень похожи на подходы ученых. Будьте открыты и исследуйте, найдите что-то, подтвердите это, затем примите это»* (Hayward & Varela, 1992, с. 33).

Повторюсь, современные психологи не изучают буддизм как религию. Внимание теоретиков и практиков КПТ привлекли учения Будды как описания разумного образа жизни (Куан, 2012).

По утверждению Банкарта, Докетта и Дадли-Гранта (2003), именно буддийская ментальная практика взятия под контроль своего разума заинтриговала современных КПТ-терапевтов. Способность контролировать свои мысли и убеждения является неотъемлемой частью как КПТ, так и буддизма. В обеих практиках с помощью осознания можно найти ответы на непростые житейские вопросы. Каждая из них работает в направлении облегчения страданий.

Тайч и соавторы (2016) обнаружили многочисленные сходства между традициями КПТ и элементами буддийской психологии. Хотя считается, что варианты третьей волны КПТ начали развиваться только в 1990-х годах, согласно Тайчу и соавторам (2016), буддизм, возможно, лежал в основе КПТ с момента ее возникновения. Например, Банкарт (2003) процитировал Микулаша как одного из первых психологов, который установил связь между поведенческой психологией и буддийскими

принципами, выделив уже в 1978 году следующие ключевые области их пересечения:

- первостепенное внимание к самоконтролю при минимальном использовании теоретических построений;
- сосредоточение на реальных проблемах повседневной жизни с объективным изучением наблюдаемого поведения;
- сосредоточение на содержании сознательного опыта;
- симптоматическое применение релаксации и биологической обратной связи;
- антиисторическое, «здесь и сейчас» фокусное внимание;
- ориентация на заботу о простых людях;
- осознание различия между поведением и личностью;
- повышение осведомленности о значении тонких сигналов, посылаемых организмом;
- сосредоточенность на изменении поведения, особенно путем направленной практики медитации в качестве дополнения к любым другим формам терапии;
- ориентация на помощь терапевту научиться быть более эмпатичным;
- менее догматичная работа во время прояснения точки зрения клиента;
- ориентация на душевное спокойствие и счастье, достигаемое посредством систематического самонаблюдения (с. 58).

Альберт Эллис, разработавший рационально-эмотивно-поведенческую терапию (РЕВТ) в конце 1950-х годов, заявил, что *«хотя РЕВТ выдвигает на первый план работу с догматическими, фанатичными и жесткими людскими убеждениями, этот метод включает некоторые аспекты дзен-буддизма как модус вивенди (образа жизни)»* (Kwee & Ellis, 1998, с. 5). Подобно убеждению Эллиса, что рациональной жизнью жить непросто, буддийская мудрость определила, что *«борьба за то, чтобы идти по правильному пути, управлять своими страстями и признать бесполезность попыток избежать ответственности за мысли, мотивы и поступки, действительно трудна»* (Bankart et al., 2003, с. 22). Помощь в преодолении иррациональных образов мышления и трудностей жизни соединяет КПТ и буддийскую психологию.

Чтобы обеспечить необходимую базу для понимания, почему и как буддийские практики сегодня работают в КПТ, несколько авторов предлагают подробное описание основных буддийских постулатов (De Silva, 2005; Dockett, Dudley-Grant & Bankart, 2003; Hayes, Follette,

& Linehan, 2004; Herbert & Forman, 2011a; Mace, 2008). Исчерпывающее представление о том, как принципы буддизма формируют современную психологию, выходит за рамки этой главы, однако я считаю важным для КПАТ достичь общего осознания того, как буддисты понимают страдание и его облегчение. Чтобы обеспечить возможность дальнейшего изучения связи между буддийской и западной психологией, предлагается краткий обзор буддийской психологии в контексте ее отношения к текущим вариантам КПТ.

В VI веке до н. э. в Индии многие люди практиковали медитацию и другие техники направления, которое сейчас называется буддизмом. Исторический Будда начал свои поиски, чтобы понять, насколько эффективно они могут помочь людям уменьшить их страдания.

Он нашел два ключевых аспекта практик, обычно ассоциируемых с буддизмом, что принесло ему огромное влияние в Индии еще при жизни и сохранилось до наших дней. Во-первых, будучи праиматиком, он разработал практики, эффективные для понимания и изменения поведения, а во-вторых, он раскрыл и уточнил четкие цели этих практик (Tirch et al., 2016). Его идеи открыли двери множеству возникших затем практик, которые сейчас выходят за рамки традиционного набора религиозных верований или догм, связанных с духовными обычаями буддизма. Следовательно, в дополнение к религиозным ритуалам учения и практики буддизма теперь также воплощают философскую и психологическую традицию.

Страдания и психическое здоровье

Це-Фу Куан (2012) обнаружил, что учение Будды — это путь к актуализации человека и что цель этого пути в конечном итоге заключается в достижении идеального психического здоровья. Согласно Будде, быть человеком значит страдать. Учение Будды сосредоточено на двух основных понятиях — на самом страдании и на способах облегчения страдания. Изучая подобным образом ориентированное учение, нынешние психологи обнаруживают, что идеология Будды тесно связана с психологическим лечением. Подтверждая эту мысль, Мейс (2008) писал: *«В целом буддийская теория имеет характер сложной и систематической психологии, а не теологии или космологии»* (с. 7). А Фултон (2014) отметил, что *«несмотря на распространение буддизма как мировой религии, он возник как нечто, возможно, более похожее на психотерапию, связанную со свободой от страдания (а не от греха), которая, как*

понималось Буддой, имеет психологические и поведенческие причины» (с. 210). Таким образом, связь современных западных психологических практик с фундаментом буддийских учений не только имеет смысл, но и актуальна.

Описание страдания в буддийской традиции начинается с четырех благородных истин: истины о страданиях, истины об источнике страданий, истины об облегчении страданий и благородного восьмеричного пути (Фултон, 2014). Согласно Тирчу и соавторам (2016):

«И психотерапевт, и Будда были настолько потрясены страданиями, которые они видели вокруг себя, что посвятили свои жизни лучшему пониманию того, как работает разум и как они могут освободить своих собратьев от страданий благодаря применению рациональности, мудрости и глубокого изучения самого себя» (с. 20).

Таким образом, у КПТ и у буддийской психологии общая цель — облегчение страданий. Обе традиции предлагают стратегии для достижения этой цели. Медитация является основой обеих практик. Это объясняет, почему медитация и тренировка осознанности (основной навык в медитации) находятся в центре внимания КПТ третьей волны.

Куан (2012) признал целесообразность использования медитации и осознанности в качестве пути к достижению психологического здоровья, но выразил обеспокоенность тем обстоятельством, что содержание некоторых буддийских концепций, таких как *«понимание, кто мы есть, почему мы страдаем и какие практики облегчают страдания»*, до сих пор не были должным образом исследованы когнитивно-поведенческими терапевтами. Его статья 2012 года представляет материал для более глубокого понимания связи между двумя традициями и обсуждается ниже. Поскольку буддийские практики как часть КПТ и других форм западной психологии популярны и широко распространены, крайне важно, чтобы практикующие психотерапевты имели фундамент для разработки техник, основанных на медитации и осознанности.

Как и Куан, Кудесия и Ньима (2015) советовали западным психологам быть осторожными при заимствовании концепций из одной традиции (буддизма) с целью дальнейшего применения к другой традиции (западной психологии). Эти предостережения объясняются тем, что простой перенос философий часто лишен контекста. Авторы утверждали, что практикующие терапевты должны иметь глубокие знания, чтобы понимать, почему буддийские практики, особенно осознанность, улучшают психическое здоровье.

Изучая нейробиологические аспекты познания в буддийской практике, Кудесия и Ньима (2015) обнаружили три проблемы, связанные с ошибочным применением восточных практик в западной психологии.

Во-первых, они обнаружили, что буддийская осознанность слишком узко определена в западной психологии и слишком часто используется как вид самопомощи. Чтобы противостоять подобному образу мыслей, они призывают психотерапевтов уяснить всю ценность осознанности как средства преобразования основных когнитивных процессов, а не просто приравнять страдание к негативному аффекту.

Во-вторых, вместо того чтобы концептуализировать осознанность как навык, Кудесия и Ньима (2015) советуют практикующим воспринимать осознанность в контексте буддийских учений. Изучая буддизм, можно избежать проблем, периодически возникающих во время практики медитации (1)

Третья проблема, упомянутая Кудесией и Ньимой, заключается в том, что в западной психотерапии определения осознанности слишком ограничены и часто сводятся к требованию обращать внимание на настоящий момент. Поэтому необходимы более четкие определения понятия «майндфулнесс» (или осознанности) (см. ниже).

Определение майндфулнесс

Чаще всего майндфулнесс определяется как фокусирование внимания на настоящем моменте. Например, Кабат-Зинн (Kabat-Zinn, 1994) дал определение майндфулнесс как *«способа концентрировать внимание определенным образом, а именно преднамеренно, в данный момент и без умственных рассуждений»* (с. 4). Это определение подчеркивает два ключевых правила — требуется достичь концентрации внимания и безоценочности.

В понимании Мэйс (2008) это подразумевает преднамеренные усилия. Перечисленные характеристики являются когнитивными навыками. Это очень важные познания, которые целесообразно использовать в техниках КПТ.

Раппапорт и Калмановиц (2014) определили майндфулнесс как *«практику привлечения внимания к настоящему моменту с принятием и неосуждением»* (с. 24). Это определение подчеркивает, что осознание в буддийском понимании имеет основополагающее значение также для практики КПТ. Что еще более важно, терапевты КПТ предположили, что осознанность — это психологическая предпосылка для развития ме-

тапознания или метаосознания, то есть способности учиться *«мысленно контролировать свои мысли и чувства»*.

Подобные определения пронизывают литературу по КПТ третьей волны, однако, согласно Кудесии и Ньиме (2015), хорошее рабочее определение осознанности должно быть более конкретным и способствовать более глубокому пониманию принципов КПТ, заложенных в осознанности. Они сформулировали следующее определение майндфулнесс, которое включает в себя как западные, так и буддийские элементы: *«Майндфулнесс — это состояние повышенной метаосведомленности, при котором дискурсивное познание ослаблено, а внимание сосредоточено исключительно на целевых аспектах настоящего момента и восприимчиво к ним»* (с. 923).

Определение Кудесии и Ньимы соответствует целям и задачам КПТ и проясняет, как осознанность связана с когнитивной психологией и наукой. Метаосознание, фокусировка внимания и культивирование открытого мышления для формирования целей — все это основа практики КПТ. (2) Они утверждали, что подобное определение имеет пять явных преимуществ:

- 1) более полно представляет буддийские корни конструкта;
- 2) описывает майндфулнесс в терминах, применяемых в когнитивной нейрпсихологии;
- 3) в достаточной степени отличает майндфулнесс от родственных ему конструктов;
- 4) избегает наложения экзогенных факторов, связанных с конкретными практиками;
- 5) описывает конструкт, а не его последствия (с. 923).

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ БУДДИЗМА ДЛЯ ПРАКТИКУЮЩИХ КПТ

Во *«Введении в тибетскую буддийскую психологию»* Матос (1979) исследовал четыре основных принципа, являющихся фундаментальной базой когнитивно-поведенческой терапии третьего поколения, которыми руководствуются современные психотерапевты. Первое — все во Вселенной носит временный характер, преходящий по своей природе: *«Все здесь рождается, растет, становится зрелым, разлагается, умирает и превращается (возрождается) во что-то другое»* (с. 20). Матос обнаружил, что, хотя большинство людей спокойно восприни-

мают неизбежность смерти, для некоторых это непостижимо — и этот факт омрачает им жизнь. При отсутствии принятия первого базового принципа могут возникнуть депрессия и другие формы страдания. Например, Сигал, Вильямс и Тисдейл (2002) обнаружили, что концепция бренности является одним из триггеров рецидивирующей депрессии.

Второй принцип заключается в том, что люди ошибочно воспринимают мир как состоящий из множества отдельных частей, в действительности же все является одним целым. Как сказал Матос (1979), *«все течет в реке жизнь-смерть-возрождение, в этом космическом танце единства»* (с. 20). Но люди видят или воспринимают бесконечное количество отдельных сущностей, что создает впечатление их реальности и, таким образом, является неверным представлением.

Согласно Матосу, этот принцип приводит к третьей важной ошибочной концепции — люди создают дуалистическое мировоззрение. Дуалистический ракурс начинается с развития эго. С созданием эго (или self-схемы) люди начинают ощущать разделение между собой и окружающей средой. Матос пояснил эту концепцию, заявив, что *«подобная реалистичность может быть очень полезной, если мы знаем, что схематический конструкт — это просто конструкт ума, а не то, что есть»* (с. 21).

Последний, четвертый из обсуждаемых принципов Матоса относится к четырем благородным истинам — основе буддийской психологии и ее специфических методов исцеления. Первая истина связана с фундаментальным заблуждением человеческого бытия. Согласно Матосу, мы страдаем, потому что мы не можем принять непостоянство жизни, и это отрицание связано с эго или отделенностью себя от окружающей среды.

Согласно Кудесии и Ньяме (2015), концепция разделенности именуется взаимозависимым сосуществованием и входит в философское положение, что *«ни физическое существование, ни субъективный опыт не имеют никакого врожденного существования (свабхава) отдельно один от другого: они оба сосуществуют и зависят друг от друга»* (с. 912).

Вторая благородная истина указывает на то, что *«мера страдания заключается именно в способе, каким мы отделяемся: фиксируемся, прилипаем или хватаемся. Третья Благородная Истина утверждает, что страдания и разочарования могут быть прекращены; и Четвертая Благородная Истина представляет конкретные психологические методы для прекращения этого страдания»* (Матос, 1979, с. 22).

Метод уменьшения страдания называется благородным восьмеричным путем и входит в четвертую благородную истину. Согласно Матосу, в буддийской традиции существует ряд психологических вмешательств,

используемых для интеграции ума и тела. Он утверждал, что *«медитация — это первичная техника, фундамент данной психологической системы. Основная задача здесь состоит в том, чтобы в первую очередь привести ум в состояние глубокого спокойствия. В этом состоянии ум начинает ценить и понимать свою собственную природу»* (с. 22).

Смягчить страдания помогают практики искоренения *«влечений»* и *«желаний»*, соответствующие благородному восьмеричному пути.

Де Сильва (2005) обнаружил, что понятие *«желание»*, взятое из буддийской психологической традиции, трудно перевести на западные языки. Вместо него он ввел определение трех форм страстного желания: *«желание чувственного удовольствия, желание самосохранения и влечение к уничтожению»* (De Silva, 2005, с. 60). Западная психология коррелирует с этими категориями желаний, включая потребность в удовольствии, гордость, эгоцентризм и агрессию.

По мнению Банкарта, Докетта и Дадли-Гранта (2003), смягчению проявлений желания служит набор буддийских принципов, заложенных в благородном восьмеричном пути, *«так называемые восемь правил (“правильные”): понимание, предназначение, обращение, выполнение, жизнеобеспечение, старание, осознанность и концентрация»* (с. 21). Практика следования правилам не только устраняет желания, но действует еще глубже и, как предполагают Банкарт, Докетт и Дадли-Грант, включает в себя открытие нового способа мышления, развитие способности к моральным рассуждениям и как итог — преобразование всего хода жизни. Согласно Тирчу и соавторам (2016), многие буддийские подходы к исцелению начинаются с медитации, чтобы развить осознанность, являющуюся одним из правил благородного восьмеричного пути. Буддийские учения подчеркивают необходимость практиковать медитацию, чтобы сосредоточивать наше внимание и таким образом развивать свой ум. Только благодаря практике медитации люди могут избежать *«трех пожирающих огней: жадности, ненависти и заблуждений»* (Bankart Dockett & Dudley-Grant, 2003, с. 19) и, уклонившись от них, сосредоточиться на выполнении других правил благородного восьмеричного пути.

Хотя имеется множество важных принципов буддийской практики, которые было бы полезно здесь проанализировать, я возьму только один, а именно сострадание.

Сострадание — это добродетель, являющаяся неотъемлемой частью буддийской психологии. Согласно Макранскому (2012), сострадание охватывает всю буддийскую практику и является ядром буддийской психологии. Фултон (2014) сформулировал, что в буддийском понима-

нии сострадание относится к культивированию чувствительности к боли и страданию как в себе, так и в других. Сострадание — это не только способность сопереживать, это понятие включает в себя мотивацию и умение сделать что-то, чтобы помочь себе или кому-то. Хотя подобная помощь связана с достижением благополучия, по словам Фултона, это не самоудовлетворение, а скорее самопринятие, невзирая на слабости своей природы. Затем Фултон расширил это определение, подчеркнув, что сострадание является радикальным буддийским понятием, поскольку оно *«заставляет нас распространять его — без ограничений или дискриминации — на все живые существа»* (с. 212). В буддизме сострадание рассматривается как врожденное человеческое качество. То есть хотя его и можно культивировать, на самом деле это такое свойство, которое раскрывается само. Психологически сострадание обычно подразумевает сочувствие другим, но одновременно может способствовать личному счастью (Fulton, 2014).

Согласно Тирчу и соавторам (2016), сострадание является важнейшим психологическим процессом и *«может служить как переменной процесса, так и переменной результата в исследованиях и практике психотерапии»* (с. 130). Центральной практикой для развития сострадания является метамедитация, поэтому многие терапевты КПТ изучили и применяют эту практику для лечения клиентов с широким спектром диагнозов. Эта практика имеет аббревиатуру КПТ ЛКМ, что означает медитация любящей доброты. (3)

ПОЗНАНИЕ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ БУДДИЗМА

Для сопоставления понятий в буддийской психологии, имеющих отношение к КПТ, Куан (2012) выбрал когнитивные операции, возникающие во время медитации и осознанности, наиболее близкие к практикам когнитивной психологии и терапии, а именно метапознание, концентрация, внимание и образность. Осознанность, согласно Куану, играет ключевую роль в развитии концентрации и внимания; соответственно он спланировал исследование ключевых когнитивных операций, глядя на них через призму осознанности. Действительно, он обнаружил, что осознанность тесно связана с *саннья* (концепция в буддизме, приравниваемая к познанию).

В одной буддийской традиции осознанность — это процесс ассимиляции или понимания. В другой восточной традиции осознанность переводится как *«владеющий идеей или концепцией»*, в третьей традиции

является частью психологии памяти. Все эти переводы подчеркивают аспекты познания так же, как они определены в психологии. Ассимиляция в буддийской традиции может быть приравнена к ассимиляции в теории развития Пиаже — концептуализации когнитивного развития и накопления знаний. Как резюмировал Куан, *«осознанность (сати) выполняет ту же роль, что и саннья с точки зрения ее функций, которые также включают память, распознавание, различение и концепцию»* (с. 38). (4)

Метакогниции

Согласно Куану (2012), осознанность сравнима с пониманием метапознания в западной психологической традиции. Метапознание — это способность человека распознавать и понимать, КАК он думает, в отличие от познания, которое означает, ЧТО конкретно он думает; поэтому метапознание — это как бы мышление о мышлении (Toneatto, 2002). Херберт и Форман (2011b) декларировали, что в метапознании происходит процесс отстраненного осознания своих мыслей, во время которого человек начинает понимать, что мысли и чувства являются воображаемыми событиями, а не истинным взглядом на реальность. Метапознание включает в себя элементы мониторинга своих мыслей и осознания любых изменений в своих мыслительных процессах. Без метакогниций люди не воспринимали бы такие когниции, как мысли, чувства и воспоминания (Toneatto, 2002). Осознанная медитация представляет собой своего рода умственный процесс анализа параллельных аспектов метакогниций, посредством которого практикующий осознанность учится наблюдать и контролировать свое собственное мышление, а также может *«контролировать [поток] сознания»* (Bishop; Цит. по: Куан, 2012, с. 40).

Метапознание является полезным инструментом в терапии, поскольку ведет к изменению ошибочных убеждений, которые могут нанести вред, если будут реализованы в повседневной жизни человека. Согласно метакогнитивной теории, выдвинутой Уэллсом и Мэтьюсом (1994), большинство негативных мыслей и чувств воспринимаются почти всеми людьми как преходящие события. Однако для некоторых людей такие мысли становятся источником беспокойства и страха. Практика осознанности помогает человеку получить представление о том, как беспристрастно воспринимать свои мысли и чувства и понять, что эти события находятся исключительно в его голове. Тонеатто (2002) пред-

положил, что концепция метапознания больше, чем другие концепции, подчеркивает цель буддийской практики в контексте КПТ. Как писал Куан (2012), метапознание соответствует буддийской доктрине, так что практикующий достигает *«метакогнитивного понимания природы вещей, благодаря чему он способен полностью и точно признать, что все вещи непостоянны, что они неудовлетворительны и что они не являются им самим (не “Я”»* (с. 43).

Тисдейл (1999) отличал *метакогнитивное знание от метакогнитивного прозрения*. Первое заключается в понимании того, что далеко не все мысли точны, а второе есть *«переживание мыслей как событий в области осознания, а не как непосредственного считывания реальности»* (с. 146).

Третье понятие, *метакогнитивное понимание* (то есть понимание того, что события непостоянны), по мнению Тисдейла, может выступать важным терапевтическим инструментом для лечения ряда психологических расстройств, включая рецидивирующую депрессию. Кроме того, Тисдейл предположил, что развитие метакогнитивного понимания достигается посредством медитации и осознанности.

Еще один аспект буддийской осознанности, связанный с метапознанием в психологии, заключается в том, что клиенты используют навыки осознанности, чтобы научиться воспринимать события, мысли и чувства без осуждения. Задача стать беспристрастным — это полное принятие.

Принятие является ключом к нескольким вариантам современных методов КПТ, в первую очередь к терапии принятия и ответственности АСТ (Herbert & Forgan, 2011a). На практике, если клиенты начинают осуждать свои мысли, им говорят, что они отошли от состояния осознанности. Однако в буддийской традиции осознанность не обязательно всегда должна достичь непредвзятости. Куан (2012) писал, что осознанность позволяет изучать все аспекты ума, включая как хорошие, так и плохие мысли и идеи, и *«в буддийской осознанности может быть также уделено внимание оценочному или осуждающему элементу»* (с. 41).

Куан сделал попытку объяснить разницу между традиционными уровнями осознанности, используемыми в практике буддизма, разбив их на четыре уровня (простой, защитный, интроспективный и сознательно формирующий концепции), и заметил, что *«первый, неосуждающий тип осознанности или простое осознание, вероятно, достаточен для целей клинической практики в психологии и психотерапии»* (с. 41).

Основанные на осознанности практики обучали клиентов неосуждающему мышлению и были успешными при многих диагнозах, в том числе помогали больным справиться с хронической болью (Kabat-Zinn, 1982), а клиентам с хронической депрессией — смягчить свои тяжелые

размышления (руминации) (Segal, Williams & Teasdale, 2002). Развитие навыков непредвзятого мышления имеет решающее значение в практике децентрализации или расщепления. Этот процесс представляет собой прерывание автоматически возникающих негативных мыслей и размышлений, что в буддийской традиции описано как восприятие подобных мыслей в виде внешнего события, а не как части себя (Херберт и Форман, 2011b).

Куан (2012) выявил еще одну параллель между буддийской психологией и метапознанием. Он заметил, что концепция четырех оснований осознанности (созерцание тела, чувств, разума и явлений) резонирует с метапознанием через практику осознания себя в окружающей среде и осознания себя как того, кто собирает информацию.

Близкой к метапознанию концепцией является метаосознание. Кудесия и Ньяма (2015) определили термин как *«отстраненный мониторинг умственной деятельности»* (с. 918). Они предположили, что метаосознание полезно для раскрытия полной индивидуальности (позитивной и негативной) практикующего, включая его прошлые способы видения мира. В соответствии с их взглядами метаосознание смягчает неподатливость Я-схем и их влияние на характер и жизнь человека. Кроме того, метаосознание проливает свет на структуру мыслительных процессов, снижает влияние укоренившихся тревожных схем. Практика осознанности и другие методы тренировки ума ограничивают автоматическую активацию схем и в конечном итоге позволяют человеку *«трансформировать природу схем»* (с. 919).

Концентрация и внимание

Куан (2012) также обнаружил прямую связь между концентрацией, вниманием и осознанностью. Подобная связь является особенно важной, так как западные психологи используют майндфулнесс, осознанную практику, для того, чтобы направить внимание клиента на полезные идеи, концепции и другие психические события в противовес прежним токсичным понятиям. Он даже предположил, что эти два понятия, осознанность и внимание, взаимозаменяемы в буддизме. Куан упомянул, что Тисдейл использовал осознанность как средство намеренного контроля внимания, призванного научить новым способам мышления и обучения. Внимание необходимо для развития познавательного процесса концентрации. В буддийской психологии концентрация особенно необходима для обретения однонаправленности, или экагги, то есть сфокусировании

на чем-то одном. Однонаправленность (иначе — концентрация) жизненно необходима для достижения прозрения. В процессе концентрации клиент фокусируется на *«постоянно меняющихся переживаниях от момента к моменту в соответствии с буддийской доктриной, так что практикующий достигает глубокого понимания природы вещей»* (с. 47).

Ментальные образы

Когда практикующий осознанность научится одновременно направлять внимание и концентрироваться, он может отдалить ощущения, поступающие из окружающего мира, которые обычно воспринимаются через звук, зрение, запах, вкус и осязание. После того как восприятие ощущений приостанавливается, на первый план выходят сохраненные воспоминания и другие когнитивные процессы (Куан, 2012). Ментальные образы или ниматти, концепция образов в буддизме, — одна из когнитивных способностей, возникающая во время осознанной медитации в тот момент, когда ощущения прерываются.

Ниматти встречается в основном в форме визуальных образов. Так как термин «саннья», взаимозаменяемый с понятием «познание», также означает образ и восприятие, Куан увидел общность между познанием, образами и восприятием, когнитивными процессами, каждый из которых может быть усилен осознанностью. Поэтому он предположил, что практика осознанности может служить для сосредоточения на познании и опосредованно содействовать когнитивному развитию. Самое главное, по утверждению Куана, что осознанность не только создает новые образы, но также охраняет те образы, которые ранее уже использовались для концентрации, и тем самым помогает практикующему углубить свою осознанную практику.

Куан (2012) также изучал сходства и различия между образами и восприятием в медитативных состояниях. Он цитировал Косслина, который во время исследований задавал следующие вопросы: *«Буддисты способны удерживать ментальные образы в течение 20 минут. Как наука о разуме может это объяснить? Наука должна знать об этой способности. Увеличивает ли медитация набор образов в областях мозга, используемых для восприятия?»* (с. 52).

Подводя итог изучению когнитивных компонентов осознанности, Куан сделал следующий вывод:

«Практикующий осознанность выбирает объект в качестве “селективного внимания”, то есть “однонаправленности”, экагги в буддийской

терминологии, и, чтобы обеспечить поддержание состояния концентрации, отслеживает, сфокусировано ли осознание на выбранном объекте. В состоянии глубокой концентрации nimitta “образ” генерируется ментальной способностью, действующей независимо от ощущений, от которых зависит восприятие. Психологи обнаружили, что восприятие и образы могут функционировать по одному и тому же мозговому или ментальному механизму. Это открытие подтверждает мою точку зрения, что в глубокой медитации, где восприятие и ощущение приостановлены, саннья может действовать как восприятие, с одной стороны, и с другой — саннья может производить “образы” (ниматти)» (с. 55).

Образы, о которых говорилось в главе 2, являются важнейшим средством познания и используются как в КПТ, так и в КПАТ в качестве терапевтического инструмента. Образы, или способность видеть картины умственным взором, — важная характеристика аспекта памяти, позволяющая видеть старую ситуацию «здесь и сейчас», а также в будущем. (5)

Кудесия и Ньима (2015) (первый из них был ученым-бихевиористом, второй — буддийским монахом), также исследовали когнитивные свойства осознанности — ключевую буддийскую практику, обычно используемую в КПТ третьей волны.

Признавая, что облегчение страданий в буддийской традиции означает изменение основных когнитивных процессов, они начали изучение осознанности, объяснив, что цель буддийской психологии двойная: *«Первая — это описательный способ выявления сознательных и неосознанных факторов, действующих в обычном уме. Вторая цель является скорее директивным процессом в том смысле, что она стремится устранить неосведомленность и тем самым высвободить просвещенный ум»* (с. 912).

Описательная цель буддизма (как возникает страдание)

Описательная цель буддизма включает объяснение, как буддизм определяет познание и сопутствующее ему появление сознания. Работа Куана (2012), рассмотренная ранее, закладывает общую платформу для описательного понимания процесса развития познания и соответствующего возникновения сознания, поэтому Кудесия и Ньима (2015) для более подробных исследований рассмотрели восемь вариантов понятия «сознание», которые вместе составляют *«обычное познание», или когниции — западный взгляд на познание»* (с. 916). Они также обри-

совали в общих чертах, как упоминаемое ранее двойственное сознание (разделение себя и мира) возникает через осознание объектом самого себя. Проблема, связанная с этим дуализмом, заключается в понятии, которое авторы называют невежеством. Вот краткое изложение этой взаимосвязи.

Нереферентное осознание делает невозможным традиционное познание. Познание основано на разделении между «Я» и объектом, которые становятся референциальными и производят наше сознание. Сознание способно интерпретировать лишь незначительный фрагмент реальности, который может быть назван и объяснен посредством языка и восприятия. Этот тонкий срез реальности распознается нашими органами чувств. Следовательно, реальность ограничена тем, что может быть воспринято, а когнитивное сознание возникает через контакт с нашими чувствами. Контакт между объектом и восприятием порождает чувства (хорошие, плохие и нейтральные). Чувства приводят к тому, что Кудесия и Ньима называли *«автоматическими реакциями или влечениями»*, которые побуждают человека пытаться *«продлить приятное желание, устранить неприятное желание и игнорировать нейтральное желание»* (с. 916). Влечение, тяга ведут к привязанностям, которые укрепляют человека во всем, что касается его чувства себя, своего мировоззрения и своего поведения. В свою очередь это закрепляет я-концепцию и желание продолжать доставлять удовольствие этому «Я». «Привязанность» к себе, своему мировоззрению и поведению *«позволяет застыть»*, что порождает новую кармическую инертность или апатию (карма — это то, что было извлечено из прошлого опыта, ограничивающего восприятие мира и в конечном итоге приводящего к жесткому мышлению, которое блокирует аспекты реальности и тем самым не позволяет расширить восприятие). Карма должна быть преодолена. Если этого не случается, то происходит перерождение: после того как предыдущее тело ушло, рождается новое физическое тело. Именно ментальная преемственность кармической инерции и невежества позволяет родиться новому телу. Как итог — рождение человека в состоянии невежества приводит к старению и смерти.

Приведенное резюме представляет собой наглядное представление описательной цели буддийской психологии и концепции двойственности. Хотя краткое изложение включает довольно сложные компоненты, суть можно лучше понять через тесную связь с психологией поведения, где стимул побуждает к процессу оценки, который фильтруется через собственную схему личности, что приводит к тенденциям действий и, наконец, к поведенческой реакции. Если оценка стимула перегружена

эмоциями, я-схема может интерпретировать его как опасный или проблемный. Поведенческий ответ, который не является адаптивным или вызывает дополнительные проблемы, может быть результатом этой ошибочной оценки или неверного восприятия. Понимание описательной цели буддизма влечет за собой новые цели буддийской психологии, а именно предписывающие.

Предписывающие цели буддизма

Кудесия и Ньюма (2015) считают, что предписания, имеющиеся в буддийской психологической традиции, практичны и просты по сравнению со сложными и, как они назвали, «эзотерическими» аспектами описательной цели, упомянутой выше. Буддийские предписания основаны на освещении неправильных представлений, сложившихся у человека, и замене неадаптивных реакций «стимул — ответ», основанных на прошлых схемах самосознания и старом мировоззрении. Проще говоря, авторы предположили, что рецепт лечения психологических проблем состоит в том, чтобы *«искоренить неправильное восприятие дуальности “субъект — объект” и таким образом сделать возможным восприятие реальности как она есть»* (Kudesia & Nyima, 2015, с. 916). Они предположили, что проблемы, связанные с дуальностью «субъект — объект», могут быть устранены с помощью тренировки ума (изучение, созерцание и осознанность) и в теории должны привести к просветлению. Практики просветления изменяют познание, смягчают дуальность «субъект — объект», прерывают постоянный внутренний диалог, пронизывающий наше повседневное существование (который они называют дискурсивным познанием), и уменьшают генерацию кармической инерции. Язык коренится в когнитивных схемах, а наши схемы коренятся в прошлом; таким образом, именно торможение дискурсивного познания открывает перед человеком новые возможности.

Так как буддийские практики интенсивны и сложны, авторы предупреждают, что тренировки ума не следует рассматривать как простые техники самопомощи, их лучше практиковать с осторожностью и под контролем специалиста.

Адаптивные оценки

Как указывалось выше, тренировка ума ограничивает дискурсивное познание, блокирует ум от погружения в прошлое и предотвращает

беспокойство о будущем. Когда дискурсивное познание ограничено, я-схемы, укоренившиеся в прошлом, заблокированы, они не способны проникать в сознание, что позволяет человеку оставаться в настоящем, где становится возможным подвергнуть сомнению старые предположения и придумать новые возможности. В дзен-буддизме это состояние сознания называется *умом новичка*, или начинающим умом (Kudesia & Nyima, 2015).

Методы тренировки сознания работают с проблемным познанием тремя способами:

- ограничивают психическое сознание (уменьшают воздействие предыдущих восприятий и, как следствие, автоматическое использование прошлых я-схем);
- регулируют силу и влияние эмоциональных состояний;
- способствуют возникновению адаптивных оценок и ответов на эмоциональные состояния.

Две главные адаптивные оценки, направленные на себя:

- 1) узнавание проблемного стимула или тревожных эмоций со спокойствием и беспристрастностью и без предубеждений;
- 2) возникновение чувства радости и эмпатии, когда удача приходит к другим.

Две адаптивные оценки, когда стимулом является другой человек:

- 1) использование сострадания *«для уменьшения страданий других»*;
- 2) реализация практики любящей доброты *«для увеличения счастья других, что повышает удовлетворенность собственной жизнью и устраняет болезненные эмоции»* (Kudesia & Nyima, 2015, с. 918).

Методы тренировки психики

Кудесия и Ньима обобщили три техники предписывающей буддийской психологии, которые могут быть использованы для возникновения позитивного познания: изучение, созерцание и медитация.

Первая техника — изучение трех поворотов колеса Будды — помогает практикующим понять цели тренировки психики.

Вторая — созерцание — это процесс размышления о прочитанных учениях и осознание их связи с собой как новым практикующим.

Авторы уточняют, что созерцательная практика нацелена на осознание, что любящая доброта связана с *«культивированием желания увеличить счастье других, начиная с близких и распространяя его на всех живых существ»* (Kudesia & Nyima, 2015, с. 919).

Медитация — это третье познание, она успокаивает разум, освобождая его от проблемных схем и дезадаптивных мыслей, позволяя проявиться истинной личности и избавиться от невежества.

Когнитивные корреляты майндфулнесс

Авторы обнаружили, что наиболее распространенной медитацией является осознанное внимание к своему дыханию. Взяв за основу осознанную медитацию, они описали модель осознанности, которая охватывает как западную, так и буддийскую психологию, включает в себя понимание нейробиологии и целей КПТ. Их модель содержит пять когнийций: решимость, сдержанность, внимание, сосредоточение и бдительность.

Поясним подробнее значение каждого понятия.

1. Для достижения цели медитации необходима **решимость** (или решительность, целеустремленность). Решимость по отношению к медитации требует возникновения двух других познавательных процессов — сдержанности и внимания.
2. **Сдержанность** — это способность не обращать внимания на отвлекающие факторы, чтобы можно было медитировать длительное время, а внимание относится к возможности концентрации на дыхании в начале медитации.
3. Сдержанность и **внимание** сосредоточивают ум на целевых стимулах, таких как дыхание. Поэтому еще один когнитивный фактор, который активируется в практике майндфулнесс, — это сосредоточенность.
4. В то время как целеустремленность направляет человека на путь медитации и осознанности, **сосредоточенность** становится необходимой, поскольку она организует информацию, требующуюся для поддержания медитативной практики в рабочей (оперативной) памяти.
5. Пятое познание, **бдительность**, необходимо во время осознанной медитации. Кудесия и Ньима (2015) нашли, что бдительность — это когнитивный процесс, связанный с сосредоточением, и заявили, что

он «относится к метаосознанию: в состоянии активной бдительности происходит мониторинг умственной деятельности и обнаружение отклонений» (с. 920).

С помощью сканирования мозга авторы обнаружили, что бдительность является исполнительной функцией, расположенной в передней части поясной извилины. Когнитивные процессы (решительность, сдержанность, внимание, сосредоточение и бдительность) влияют на способность отделяться или децентрироваться, что соответствует исполнительным функциям префронтальной коры. Кудесия и Ньима (2015) сделали вывод, что «как таковая осознанность дыхательной медитации — это, по сути, тренировка основных навыков саморегуляции: способности ставить цели, следовать им, не обращая внимания на отвлекающие факторы, отслеживать провалы в целенаправленном поведении и нивелировать эти упущения, применяя приемлемые для этого средства» (с. 921).

Как указано в другом источнике, саморегуляция является основной целью КПТ. Фултон (2014) также считает, что практика тренировки ума коррелирует с изменениями функций мозга и его структур. Например, Фултон сослался на работу нейрофизиолога Лазаруса и его коллег, обнаруживших, что при занятиях медитацией с целью уменьшения стресса толщина коры головного мозга начинает увеличиваться после восьми недель практики.

В буддийской психологии имеются три стадии осознанной медитации — осознанность, спокойствие и прозрение (Kudesia & Nyima, 2015). Каждая из трех стадий приближает практикующего к просветлению. На первой стадии — в состоянии осознанности — медитирующий достигает метаосознания и способен удерживать внимание на своей практике. Под второй стадией, спокойным пребыванием, понимается способность замечать неприятные мысли или чувства и выбирать, как реагировать на эти сложные схемы, и не возвращаться к предыдущим неадаптивным реакциям. Третья стадия — прозрение — это состояние, когда медитирующий с ясностью замечает каждое мгновение.

Четвертой, высшей стадией и одновременно наиглавнейшей целью буддийской медитативной практики является просветление. В этом состоянии человек достиг состояния понимания, что «мысли — это просто мысли... ощущение субъекта и объекта значительно сближено... человек пребывает строго в нереперентном, невопрошающем осознании без малейшего проявления дуалистического феномена» (Kudesia & Nyima, 2015, с. 921).

Хотя просветление напрямую не заявляется в качестве цели КПТ или его нынешних вариантов, безусловно, помощь клиенту в достижении ясности мышления будет являться достойным результатом терапии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Третья волна КПТ в ее последних вариантах: DBT, MBSR, MBCT и АСТ — включает в себя практики буддийской психологии.

Существуют доказательства, что использование медитативных и осознанных практик улучшает познание и помогает клиентам в тех случаях, когда традиционная когнитивно-поведенческая терапия не эффективна так, как хотелось бы, или когда у клиентов возникает рецидив после традиционных методов КПТ.

Важно различать буддизм как религиозное направление и как психологическую практику.

Рассматриваемая психологами буддийская психологическая практика имеет много общего с когнитивно-поведенческой терапией. Некоторые когнитивно-поведенческие психотерапевты проявили интерес к буддийской психологии для лучшего понимания истоков своей практики, но делают это далеко не все. Тем не менее большинство теоретиков КПТ сходятся во мнении, что понимание принципов буддизма не только информативно, но и обеспечивает более эффективное применение практик, заимствованных из буддизма.

Есть четыре основных принципа буддизма, которые полезно знать практикам КПТ. Первый из них — это преходящая природа жизни: ничто не вечно, все пройдет. Хотя люди воспринимают мир как состоящий из многих вещей, второй принцип показывает, что существует только одно неделимое целое. Третий принцип гласит, что люди создают дуалистический взгляд на реальность, берущий начало в развитии эго и собственной схемы, что порождает тоску, беспокойство и страдание.

Последний принцип, четыре благородных истины, является основой буддийской психологии и ее специфических методов исцеления. Первая благородная истина заключается в том, что быть человеком означает страдать, что является фундаментальным затруднением бытия. Мы страдаем из-за того, что не способны принять непостоянство жизни, и это отрицание связано с эго или отделенностью себя от окружающей среды. Вторая благородная истина указывает на причину страдания, то есть на то, почему мы видим себя отделенными от мира, что заставляет нас пытаться фиксироваться, прилипать или хвататься. Третья

благородная истина утверждает, что страдания и разочарования могут быть прекращены. Четвертая благородная истина представляет особые психологические методы для прекращения людских страданий.

Кудесия и Ньима (2015) изучили эти постулаты, чтобы помочь практикам КПТ разобраться в буддийской психологии. Затем они определили два процесса, на которых построена буддийская психология. Первый — описательный, характеризующий, почему люди начинают испытывать страдания, и утверждающий, что страдание возникает из-за того, что человек начинает воспринимать себя как нечто отдельное от бесконечного количества сущностей в окружающей среде. Второй — процесс облегчения этих страданий. Облегчение основано на методах тренировки психики, из которых наиболее важной и часто используемой является медитация с осознанием процесса дыхания.

Осознанная медитация — наиболее распространенная буддийская практика, применяемая для прекращения страданий. Именно она стала ключевым инструментом в новых модификациях КПТ. Точное определение осознанности жизненно важно для понимания этой практики в контексте КПТ. Определение, используемое в этой книге, составлено Кудесия и Ньима (2015). Оно декларирует основные принципы КПТ и включает в себя три важных когнитивных конструкта: метаосознание или метапознание, сфокусированное внимание и целенаправленный мониторинг текущего момента. Осознанная медитация задействует несколько когнитивных процессов, которые необходимы для улучшения психического здоровья. Во-первых, осознанность улучшает внимание и концентрацию, так как эта медитативная практика требует внимания к дыханию и контроля над мыслями. Поддержание фокуса внимания во время медитации требует воли и концентрации. Кудесия и Ньима к набору когнитивных навыков, отточенных практикой, добавили актρεшимости (целеустремленности). Они предположили, что для занятий медитацией человек должен испытать решимость потратить время и энергию и не отвлекаться от осознанной практики.

Осознанная медитативная практика активирует метапознание или метаосознание. Этот навык позволяет человеку контролировать свои мысли, чтобы понять не только то, что он думает, но также и то, как он структурирует свое мышление и как проводит мониторинг изменений в своем образе мыслей.

Неосуждение — еще один аспект осознанной практики. В рамках КПТ он позволяет человеку принимать свои мысли как события, но необязательно насыщая их эмоционально. Конечное познание, улучшенное тренировкой осознанности, предполагает возникновение образов

(а именно способность к воображению без сенсорной информации). Это ключевой когнитивный компонент, используемый в КПТ и КПАТ, и он открывает новые возможности и повышает когнитивную гибкость.

Когнитивные корреляты буддийской практики очевидны в вариантах практики КПТ, а именно целеустремленность, сдержанность, внимание, сосредоточение и бдительность. В следующей главе рассмотрены четыре основных новых варианта КПТ – DBT, MBSR, MBCT и АСТ. Арт-терапевты также включают буддийские практики в свою терапию. Поэтому обзор того, как КПАТ интегрировали арт-терапию в каждый из этих вариантов, важен и своевременен.

ПРИМЕЧАНИЯ

1. Кудесия и Ньима (2015) рекомендуют читателям обратиться к книге «Здравомыслие, с которым мы родились: буддийский подход к психологии» (Trungpa & Goleman, 2005). Глубже понять буддизм особо важно для терапевтов, предлагающих своим клиентам осознанные и медитативные практики.
2. В этой книге использовано определение осознанности Кудесии и Ньимы, так как оно перекликается с терапевтической ценностью осознанности в КПТ и КПАТ.
3. Пример LKM можно найти в Tirsch et al. (2016, с. 126–128).
4. См. главу 2 для получения дополнительной информации об ассимиляции как краеугольном камне когнитивного развития.
5. См. главу 2 для получения дополнительной информации о важных когнитивных аспектах образов и связи между образами и восприятием, имеющим общие структуры в мозге.

Глава 8

ВАРИАНТЫ МЕТОДОВ ТРЕТЬЕГО ПОКОЛЕНИЯ КПТ И КПАТ

Корни осознанности в терапии искусством можно проследить на протяжении веков при использовании искусства в ритуалах для усиления духовной и религиозной практики, а также для содействия исцелению и трансформации.

А. Раппапорт и Д. Калмановиц, 2014

В предыдущей главе были изложены философские и теоретические основы осознанности, распространенные в настоящее время как в литературе, так и в практике лечения методами когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) и когнитивно-поведенческой арт-терапии (КПАТ). В этой главе представлены четыре новые школы КПТ. Для каждого показано, как терапевты, практикующие КПАТ, переосмысливают прежние практики арт-терапии, используют новые концепции и объединяют их.

Я начну с диалектической поведенческой терапии (DBT), поскольку она одной из первых включила в протокол лечения осознанную медитацию. Далее рассмотрены два других подхода: MBSR (Mindfulness-Based-Stress-Reduction — программа снижения стресса на основе практик осознанности) и МВСТ (Mindfulness-based Cognitive Therapy — основанная на осознанности когнитивная терапия). Завершит главу обзор положений терапии принятия и ответственности (АСТ — в целом слово обычно не переводится, но этот акроним означает «действие»).

ДИАЛЕКТИЧЕСКАЯ ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ (ДПТ, ДВТ)

ДВТ разработана Маршей Линехан в 1970-х годах как средство лечения людей со сложным комплексом клинических проблем, включая неподатливость терапии и склонность к самоповреждению. Она задумала этот подход в качестве базовой модели поведенческой терапии для лечения людей, у которых в анамнезе имелись множественные попытки самоубийства. Компоненты ДВТ основаны на доказательной терапии, включая поведенческую терапию (с использованием принципов обучения) и когнитивно-поведенческую терапию (понимание неадаптивных когниций) (Brodsky & Standley, 2013). Линехан (1993а) подчеркивала, что основная цель ДВТ — желание помочь людям, склонным к самоубийству, создать жизнь, достойную того, чтобы ее прожить. Успех программы и целый набор разработанных эффективных вмешательств привели к тому, что ДВТ стал предпочтительным методом лечения людей с пограничным расстройством личности (BPD) и другими трудно поддающимися лечению психологическими состояниями, включая расстройства настроения, питания, употребление психоактивных веществ.

Пословам Робинса, Шмидта и Линехан (2004), сосредоточение внимания исключительно на изменении поведения приводит к усилению возбуждения, а не дезэскалации эмоциональной напряженности, поскольку у людей, склонных к суициду, и людей с пограничным расстройством личности повышена чувствительность к критике. Эмоциональная разбалансированность также является признаком многих клиентов с этими расстройствами. По наблюдениям, если при лечении в центре внимания находится проблемное поведение, патологические процессы запускаются быстрее. Поэтому Линехан постоянно обращала внимание, что ДВТ включает в себя не столько программу практического обучения навыкам, сколько вмешательство, которое охватывает потребности клиента в принятии и сочувствии. Бродский и Стэнли акцентировали, что из-за особой чувствительности клиентов приоритет в этом терапевтическом подходе отдается приобретению нужных навыков, при этом раскрытие дезадаптивного мышления отходит на второй план. Линехан указывала, что навыки осознанности являются ключевым компонентом ДВТ, что позволяет научиться принимать свое собственное положение: *«Это первое, чему обучаются наши пациенты, и свою практику они описыва-*

ют в дневниках, которые заполняют каждую неделю» (Linehan, 1993a, с. 144). Другие базовые навыки, которым обучают, а затем практикуют в DBT, включают устойчивость к стрессу, эмоциональную регуляцию и навыки межличностного общения.

Термин «диалектика» имеет центральное значение в DBT, поэтому важно уяснить контекст, в котором этот термин используется. Согласно Бродскому и Стандли (2013), термин «диалектика», являющийся философским понятием, введенным Гегелем, был добавлен к этой модели терапии, чтобы посредством диалектических категорий подчеркнуть важность трех терапевтических концепций: связность, неизбежность изменений и представление о том, что истина может быть понята через понимание противоположных идей. Линехан (1993a) уточнила, что в основе диалектического философского направления лежит понятие, что каждый тезис имеет свою противоположность — антитезис и что *«диалектика подчеркивает взаимосвязанность и целостность разных подходов»* (с. 31). Диалектика также имеет феминистские корни, что подходит для лечения пациентов с пограничным расстройством личности (часто это женщины).

Робинс и соавт. (2004) изложили четыре понятия диалектики, которые сформировали ДПТ:

- *«Целое — это отношение различных частей, отдельно не имеющих независимого значения.»*
- *Целое больше, чем сумма его частей.*
- *Части и целое взаимосвязаны (и определены по отношению друг к другу).*
- *Изменение касается всех частей цельной системы и присутствует в любых ее частях»* (с. 33).

В DBT диалектика определяет отношения между клиентом и терапевтом, а также между клиентом и программой лечения. Одно влияет или меняет другое. Терапевтические отношения используются в качестве средства для помощи клиентам воспринимать свое проблемное поведение в более широком контексте и увидеть, как оно влияет на них самих, а также на других людей в их окружении. Поэтому терапевтические отношения в DBT структурированы таким образом, чтобы клиенты смогли осознать, что в любом действии нет единой истины. Восприятие этого понятия помогает управлять противоречиями, что ведет к изменениям и исцелению. Принципы исцеления определяют отношения терапевта с клиентом: терапевт должен быть фокусом принятия, а также тем, кто стремится к переменам.

Линехан определяла DBT как долгосрочное лечение с набором обучающих модулей (Butler, 2001). Индивидуальная терапия, обучение групповым навыкам, индивидуальные телефонные тренировки, консультации и групповые занятия — все это входит в первый модуль. Главными целями первого модуля являются: 1) выявить и решить проблему; 2) рассмотреть поведение, подрывающее терапевтический процесс; 3) работать над проблемами, которые влияют на качество жизни; 4) приобрести навыки, связанные с самообслуживанием, самоуспокоением и осознанностью; 5) научиться обращаться за помощью, когда это необходимо; 6) удерживать пациента в терапии посредством еженедельных групповых встреч (Линехан, 1993а).

Первый модуль многогранен и требует одновременного привлечения нескольких терапевтов. Причин для этого две: во-первых, чтобы уменьшить вероятность того, что пациент не станет зависимым от одного отдельного терапевта, во-вторых, чтобы уменьшить проблемы переноса, которые часто мешают терапевтическому процессу. Навыки осознанности являются частью первого модуля как средство, помогающее клиенту справиться со стрессом, обычно возникающим в начале программы, и, главное, научиться принимать себя. Второй модуль, по описанию Кларка (2017), закладывает основу для дальнейшего благополучия и эмоционального самовыражения. Третий модуль позволяет клиенту объединить то, что было изучено в первых двух модулях. Четвертый модуль направлен на помощь клиенту почувствовать связь с миром и отказаться от понятия своего отдельного эго. Это происходит с помощью созерцательных практик. Второй, третий и четвертый модули помогают пережить сложные эмоции без подавления или отыгрыша, улучшают качество жизни и, наконец, возвращают радость в жизнь (Butler, 2001). Проведение DBT требует специализированной подготовки и обычно практикуется с использованием командного подхода. Изначально Линехан задумывала DBT как лечение в виде последовательных модулей или этапов, но затем она достаточно быстро изменила свое решение и предложила применять тот модуль, который наилучшим образом соответствует конкретным потребностям лечения пациента (Linehan, 1993b).

Другим ключевым аспектом DBT, предложенным Линехан (Linehan, 1993а), является концепция трех «умов»: эмоционального, разумного и мудрого. Кларк (2017) исследовал три перечисленных образа мышления. «Эмоциональный ум», который часто наблюдается у клиентов с пограничными расстройствами личности, — это такой образ мышления, когда эмоции затмевают разум (омрачают мыслительные процессы и вы-

зывают соответствующее поведение). «Разумный ум» противоположен эмоциональному и управляется логикой. «Мудрый ум» — промежуточный путь; он сочетает эмоции с разумом и позволяет человеку находить решения, рассматривая всю картину и находя внутренние силы, чтобы справиться с трудными ситуациями.

КПАТ и ДПТ

Хотя в качестве стратегии лечения, основанного на осознанности, широко практикуется использование творчества, в литературе имеется лишь несколько упоминаний художников-искусствоведов о ДПАТ (DBAT). Один современный автор при описании DBAT определил *«арт-терапию, основанную на DBAT, как “стратегическое использование творческих визуальных упражнений для изучения, практики и обобщения концепций и навыков на первом этапе DBT”*» (Clark, 2017, с. 114). В рамках этой книги примеры DBAT обеспечат основу ее применения в практике арт-терапевтов. Ниже DBAT наглядно представлена с помощью различных инструментов терапевтического процесса.

DBT-ориентированная программа арт-терапии

Кларк (2017) (1) разработала программу арт-терапии, основанную на принципах и методах DBT. После нескольких попыток (некоторые были успешными, другие — нет) она нашла пять моделей арт-терапии, основанной на DBT, которые показали хорошие результаты. Первая модель — это комбинированная программа обучения социальным навыкам с помощью арт-терапии, которая интегрировалась в первый модуль DBT. Арт-терапия заключалась в создании коллажа «с полуулыбками». В DBT работа с навыком полуулыбки показывала, как выражение лица может помочь людям принять реальность. Коллаж (включая журнальные изображения людей с полуулыбками и фотографии самих клиентов) помогал определить основную цель полуулыбки и понять, как настроение влияет на выражение лица.

Вторая модель представляет собой комбинацию КПАТ и ДПТ, в течение недели проводятся две сессии. Навыки ДПТ преподаются в один день, а на следующей сессии вводятся упражнения арт-терапии, помогающие их закреплению. Примером такой практики является пе-

ревернутый рисунок, который помогает клиенту интегрировать навыки созерцания и описания в сочетании с осознанностью и безоценочностью. Раскраска предоставляется клиенту перевернутой на 180 градусов, и из этого положения клиент воссоздает первоначальный рисунок. Кларк описывает, как клиенты удивляются и радуются точности их работы, когда ее переворачивают в правильное положение.

Третья модель, включающая искусство как параллельный процесс, допускает неструктурированное вмешательство арт-терапии, которое имеет направленность DBT, но не имеет заявленного набора навыков. Например, группа, которая вела визуальный журнал, использовала запросы DBT. Другим примером являются занятия тематической группы по выработке навыков структурирования своего времени. Для достижения этой цели участники занимались совместным творчеством. В план занятий входил семинар по самооценке, ориентированный на дискуссию о стремлении к достойной жизни.

Междисциплинарная модель включает в себя арт-терапию и обучение навыкам DBT в полноформатном, целостном лечебном варианте. Базовым направлением пятой модели (ее Кларк назвала автономной программой), является арт-терапия, но вмешательства основаны на принципах DBT.

Принятие и изменение

Согласно Хаквиллу и Лермонту (2009), DBT легко интегрируется в арт-терапию для пациентов с хроническими психическими заболеваниями. Они утверждали, что с помощью арт-терапии пациент может почувствовать, что, несмотря на имеющиеся у него чувствительные аспекты, связанные с управлением своим поведением, его все равно принимают. Авторы констатировали, что принудительное изменение поведения ограничивает пациента и может стать причиной ненужного возбуждения, на что также указывала Линехан, исходя из своего опыта. Это очень важная проблема, находящаяся в центре внимания DBT. Линехан (1993а) обнаружила, что принятие индивидуальных особенностей пациента было необходимо вплоть до того момента, когда можно было приступить к осуществлению самой программы изменений.

В примере, представленном Хаквиллом и Лермоитом (2009), пациентке, которая боялась беспорядка, необходимо было носить перчатки и иметь при себе пластиковую подкладку, которую она подкладывала под краски и прочие художественные материалы. Когда клиентка поняла,

что терапевт поддерживает ее, она согласилась приступить к рисованию. Авторы подчеркнули, что *«принятие было включено в структуру сеанса и создания отношений. Возможность изменения условий работы под требования клиентки была изучена с помощью выдачи дополнительных атрибутов для обеспечения чистоты. Возникшие диалектические варианты в их взаимоотношениях дали клиентке почву для размышлений»* (с. 56). Принятие позволило пациентке вернуться к групповой арт-терапии, которая проводилась в общей палате, и избавиться от страха устроить беспорядок.

Диалектика принятия и изменения обсуждалась в статье Ниссимов-Наум (2008), которая провела исследование способов взаимодействия арт-терапевтов с агрессивными детьми. После опроса арт-терапевтов, которые работают с детьми с проблемами поведения в образовательных учреждениях, она предложила концептуальную модель того, как арт-терапевты могут проводить занятия с такими детьми. Первый принцип ее модели состоял в том, чтобы сосредоточиться на *«установлении позитивных отношений без суждений или критики»* (с. 345). Во-вторых, необходимо помочь ребенку понять взаимосвязь *«между чувствами, мыслями и поведением, одновременно введя правило, что агрессивное поведение недопустимо»* (с. 346). Ниссимов-Наум также внесла свои предложения относительно того, каким способом арт-терапевт может вмешаться, если во время сеанса ребенок действует агрессивно. Среди ее советов — установление четких границ и определение последствий, которые наступят в случае совершения насильственного действия. Эти важные руководящие принципы являются основополагающей частью диалектического подхода.

Осведомленность и осознанность

Хекволф, Бергланд и Моратайднс (2014) обсудили стратегические принципы арт-терапии со своими коллегами из DBT. Например, объединение роста осведомленности в арт-терапии с осознанностью DBT помогает арт-терапевтам понять, как они могут включать методы DBT в свою работу. Более того, сублимация в арт-терапии сочетается с принципом эмоциональной регуляции DBT. Не реагируя на свои импульсы, клиент лучше контролирует сложные эмоциональные состояния и может начать проживать жизнь, которая не управляется вспышками и импульсивными реакциями на неожиданно возникшие чувства.

Хекволф и соавторы (2014) описали ДВАТ для клиентов, которые испытывают чрезмерную тревогу и депрессию, на примере случая с Анной. Картина, нарисованная Анной после того, как ее родители развелись, была представлена в качестве примера сочетания сублимации и эмоциональной регуляции. Анну попросили нарисовать свое безопасное место. На ее картине были изображены деревья в парке, но небо было огненным. Хекволф и соавторы помогли Анне осознать, что изображение на одном рисунке одновременно безопасных и пугающих состояний означает, что противоположные эмоции могут находиться в одном и том же месте. Благодаря этим рисункам Анна приобрела уверенность в своей способности находить решения даже тогда, когда имеешь дело со сложными чувствами.

Творческая осознанность

Модель творческого осознания, разработанная фон Далером и Шванбеком (2014), интегрировала с ДВТ искусство и другие экспрессивные модальности. Авторы описали свою модель как эксперимент, включающий творческие, сенсорные и игровые аспекты художественного выражения в сеансы для тревожных клиентов, испытывавших эмоциональную дисрегуляцию и тягу к самоповреждению. Как практики ДВТ, они базировали свой эксперимент на объединении творческих подходов с мышлением, основанным на фактах. Для этого они использовали принципы изменений в нейробиологии, с помощью которых определяли возникновение терапевтических изменений.

Согласно фон Далеру и Шванбеку (2014), если творческий ответ сочетается с неадаптивным поведением, генерируется новый поведенческий ответ и происходит соответствующая перестройка нейронных путей в мозге. При изучении этой теории авторы использовали пример человека, который, чувствуя себя одиноким, переедает. Если бы его научили использовать художественный ответ на свое беспокойное эмоциональное состояние, новое поведение было бы проверено — и мозг начал бы меняться. Исследователи предположили, что нейропластичность связана с опытом, и новые встречи, в которых задействуются разные чувства, в том числе желание участвовать в творческом процессе, могут повлиять на изменения не только в эмоциональной, но и в когнитивной области мозга. Таким образом, изучение новых форм поведения происходит легче, когда задействованы разные чувства. Этот тип обучения имеет существенное значение в ДВТ, так как выступает способом приобретения новых навыков.

Основываясь на своей теории, фон Далер и Шванбек описали трех-этапную программу творческого сочетания Майндфулнесс/ДПАТ (Mindfulness/DBAT): 1) переключение внимания; 2) создание нового опыта; 3) применение новых навыков *in vivo* или в повседневной жизни клиента. Эти три фазы соотносятся с тремя основными концепциями ядра DBT: 1) переключение внимания/децентрация; 2) создание нового опыта/диапазона игры; 3) применение/репетиция и закрепление навыка. В качестве примеров своей работы они предложили несколько упражнений по арт-терапии. Для сочетания в себе навыков непредвзятости и феноменологии участнику предлагают выбрать рисунок, сделанный другим членом группы, и описать все, что можно увидеть на этом рисунке (цвета, формы, линии и т. д.). В ходе второго упражнения клиенты держали кусок глины и изучали его тактильные качества, а терапевт при этом побуждал их обращать внимание на различные сенсорные аспекты. Используя концепцию Линехан о создании жизни, достойной того, чтобы ее прожить, фон Далер и Швейнбек (2014) предположили: *«творческое вдохновение говорит, что конечная цель акта творения — показать, что “жизнь стоит того, чтобы ее прожить”.* Наша цель — поддержать в этом клиентов, увеличивая палитру их жизненных навыков» (с. 240).

DBAT в действии

Арт-терапевты Шейла Лоренцо дела Пена и Джессика Масино Драсс рассказали о своей работе с пациентами с помощью основных постулатов DBAT. Лоренцо дела Пена, арт-терапевт в крупном государственном психиатрическом учреждении во Флориде, была членом команды DBT (личные записи, 19 ноября 2014 года). Она практиковала DBAT в трех форматах: 1) DBAT как часть DBT в группах обучения навыкам; 2) в группах DBAT; 3) на индивидуальных сеансах арт-терапии. Она использует опирающийся на искусство опыт работы с DBT как средство, позволяющее пациентам практиковать осознанность, эмоциональную регуляцию, стрессоустойчивость и неосуждающие навыки. Джессика Масино Драсс (2015) работала с женщинами, пережившими травму, в рамках больничной программы, основанной на лечении методами DBT, и там же она вела программу арт-терапии. В своей частной студии она руководила групповыми занятиями по арт-терапии на основе принципов DBT.

Структура сессий

Оба арт-терапевта подчеркивают важность структуры сессии для избежания опасных ситуаций. Например, Лоренцо де ла Пена планирует каждую сессию, четко зная, как использовать ту или иную художественную среду. Далее она обдумывает, как объяснить пациентам способы обработки материала, а затем поэтапно обучает их специфическим художественным навыкам. В качестве примера можно привести особенности работы с красками. Поскольку смешивание цветов может дать неожиданный оттенок, она предпочла выдавать пациентам для работы заранее подобранные цвета, чем снизила риск возникновения невольной подавляемых эмоциональных реакций. Подготовка к каждой сессии включает планирование от начала до конца. Лоренцо де ла Пена продумывает участие пациентов в подготовке к работе, в использовании художественных материалов и последующей уборке места работы.

Драсс (2015) также подчеркнула, что структура и безопасность жизненно важны для ДВАТ, поэтому она тщательно продумала «организацию пространства художественного кабинета» (с. 169). Ее цель состояла в том, чтобы пациенты имели возможность быстро понять, что и где находится в этом кабинете. Расположение художественных материалов было продумано до мелочей, чтобы пациенты имели к ним легкий доступ и знали, где взять нужные им материалы. Благодаря тщательной планировке кабинета и легкодоступности материалов пациенты могли работать автономно и осуществлять личный контроль своей деятельности.

Арт-опыт

Художественные методы, введенные Лоренцо де ла Пена для стимулирования осознанной практики, включают в себя выдувание пузырьков в жидкостях, имеющих разные цвета и запахи, использование материалов с различными текстурами и разной толщины, а также тактильное изучение всевозможных предметов. Для эмоциональной регуляции Лоренцо де ла Пена применяла разнообразные методы, в том числе побуждала пациентов обращать внимание на свое дыхание во время переноса краски или других цветных материалов на большие листы бумаги, двигаться всем телом, чтобы на странице из капли краски получился замкнутый круг, а также отрабатывать мастерство на каждом этапе художественного процесса, прежде чем переходить к следующему шагу.

Для эмоциональной регуляции и стрессоустойчивости Лоренцо де ла Пена замедляла художественный процесс, уделяя внимание отдельным небольшим шагам — просила пациентов использовать линии для создания графических структур, а не рисовать картины или конкретные изображения. Чтобы практиковать безоценочное принятие, она использовала слои пленки с пятнами краски и каплями между слоями. Пациенты переставляли краску, не беспокоясь о том, что могут что-то разлить и испачкать и что их будут за это ругать. Если пациент замечал, что из пятен получился интересный орнамент, он сверху накладывал бумагу и делал монопечатать понравившегося ему рисунка.

Драсс (2015) взяла темы, использовавшиеся в лечении DBT, и работала восемь художественных процессов, которые могли помочь в проработке этих тем. Например, для сдерживания, контроля и идентификации эмоций она просила пациентов создавать книги мудрых мыслей, которые выполнялись в виде трехмерных коллажей и использовались для поиска ответов на следующие вопросы: «Кого я представляю миру?» или «Какую историю я должен рассказать?» (с. 170). Еще один пример ее работы с помощью метода DBAT — изготовление корзин терпимости к бедствию. Корзины изготавливались с использованием техники плетения и развивали навыки «самоуспокоения, расслабления, заземления и расширения возможностей» (с. 171).

Предложения ДПАТ-практиков

Как терапевт ДПАТ Шейла Лоренцо де ла Пена выделяла два существенных момента своей практики: 1) использование себя в качестве модели для отработки навыков осознанности; 2) приобретение глубокого понимания свойств носителя аспектов изменений, понимая под носителем в том числе самого терапевта (Kagip & Lusebrink, 1978). Она решила, что для ДПАТ необходимо наличие серьезных знаний теории цвета, свойств среды и других инструментов художественной практики. После некоторых ошибок она научилась обращать внимание на свое состояние перед сеансами. Шейла также публикует вдумчивые размышления о неосуждающих отношениях в ее арт-терапевтическом пространстве. Наблюдения служат для нее сигналами или напоминаниями, что во время сессии она должна быть внимательной и готовой показать пример моделирования безоценочных действий для своих клиентов. Иногда перед сеансом она делает дыхательные упражнения или занимается творчеством — это помогает ей подготовиться к осознанному взаимодействию с пациентами.

Драсс, работающая с людьми с ПРЛ, сочла необходимым подчеркнуть три важные задачи, стоящие перед терапевтом: 1) создание художественных проектов, сгенерированных самим пациентом; 2) структурирование как художественных, так и ориентированных на терапию задач; 3) обеспечение выбора и предоставление самостоятельности самому клиенту. Она предупредила арт-терапевтов о необходимости при обсуждении произведений искусства оставаться на метафорическом уровне, чтобы защитить людей от раскрытия слишком большого количества личной информации и уменьшить вероятность того, что обсуждение вызовет сильные эмоции или активирует триггеры.

Кларк (2017) изучала, какими особенностями характера должны обладать арт-терапевты. Список обширен, и многие из приведенных ею качеств также упоминаются в работах Лоренцо де ла Пена и Драсс. Наблюдения Кларк включают в себя гибкость, равноправие и обоснованность действий арт-терапевта. Она также призывает арт-терапевтов обратить внимание на принципы диалектики. Кларк утверждает, что *«арт-терапия естественно диалектична. Таким образом, арт-терапия, основанная на ДПТ, созрела, у клиентов появилась возможность примерить на себя ситуацию, в которой «противоречивые истины не обязательно отменяют друг друга или доминируют друг над другом, но стоят бок о бок, приглашая к участию и экспериментированию»* (с. 159).

Резюме

Упомянутые выше арт-терапевты творчески внедрили арт-терапию в комплексную программу ДПТ, разработанную Линехан. Они выделили шесть наиболее важных концепций ДПАТ. Во-первых, арт-терапевту следует подходить к каждому клиенту с принятием его неадаптивного поведения, включая проблемные проявления, которые могут рассматриваться как невыносимые в других ситуациях. Во-вторых, арт-терапевт использует искусство в качестве инструмента для открытия сенсорных путей, которые могут привести к изменениям в нервных путях. В-третьих, искусство помогает клиентам замечать противоречия в своих взглядах и позволяет им обдумывать противоположные убеждения. В-четвертых, хотя для формирования сессий необходима структура, при принятии решений крайне важен индивидуальный подход. В-пятых, к художественному процессу подходит диалектическое мышление. Наконец, в-шестых, арт-терапевт должен подходить к каждому сеансу терапии максимально внимательно.

СНИЖЕНИЕ СТРЕССА НА ОСНОВЕ МАЙНДФУЛНЕСС (MBSR)

В 1982 году Кабат-Зинн опубликовал научное исследование об уменьшении боли с помощью занятий на основе осознанности. Он обнаружил, что майндфулнесс помогает сконцентрироваться для поддержания внимания. После многих лет работы в этом направлении он создал 10-недельную программу снижения стресса посредством релаксации, в ходе которой обучал пациентов медитативным техникам (см. ранее в этой главе). Он определил практику майндфулнесс как *«намеренную саморегуляцию внимания от момента к моменту»* (с. 34). В его исследованиях приняли участие люди, страдающие от хронической боли, которым не удавалось справиться с нею другими методами. Задача программы заключалась в том, чтобы научить пациентов использовать свои внутренние ресурсы для уменьшения хронической боли. Основной целью программы было овладение навыком саморегуляции.

При хронической боли человек постоянно испытывает огромный стресс. Кабат-Зинн (1982) выдвинул гипотезу, что в случае, когда лекарства не помогают, могут быть задействованы когнитивные навыки, способные помочь в управлении болью. Используя когнитивные аспекты расцепления, он обнаружил, что эмоциональная реакция на боль может быть отделена от сенсорной составляющей боли, что позволяет человеку контролировать негативные реакции на болевые раздражители.

Программа MBSR

В оригинальной программе лечения снижения стресса на основе майндфулнесс ССОМ (MBSR), разработанной Кабат-Зинном, пациенты посещали 10-недельный курс по два часа в неделю. Преподавались три типа формальной медитативной практики. Первой шла широкая медитация, или сканирование тела, когда лежащий человек получает инструкцию мысленно «подмести» свое тело с головы до ног, уделяя при этом внимание дыханию и расслаблению. Затем наступал черед сидячей практики — пациентов обучали дыхательной медитации. Наконец, в качестве медитативных упражнений, направленных на улучшение функционирования тех частей тела, где ощущалась боль, использовались мягкие позы хатха-йоги. Медитативные упражнения давались также

в качестве домашнего задания. Одновременно пациентам предоставлялись материалы для чтения о стрессе и о способах совладания с ним.

Результаты показали, что в дополнение к уменьшению боли у пациентов реже возникало связанное с болью плохое настроение, они становились более энергичными и достигали более высоких уровней преодоления. Также были проверены психиатрические симптомы, показавшие, что после прохождения этой программы снижается интенсивность депрессии, тревоги, обсессивно-компульсивного расстройства и соматизации. Имеются многочисленные отчеты пациентов о повышении у них самооценки, навыков общения и преодоления трудностей.

Обзор работ, посвященных MBSR

В настоящее время терапия ССОМ (MBSR) довольно популярна. В своей учебной программе Кабат-Зинн смог выделить медитативную практику, позволившую провести многочисленные исследования, из положительных результатов которых сложилась доказательная база эффективности подхода ССОМ (MBSR) (Dryden & Still, 2006).

В работах многих ученых освещена практика MBSR. Например, Бишоп (2002) провел критический обзор исследований MBSR. Байер (2003) выполнила эмпирический обзор нескольких исследований MBSR. Гроссман, Ниманн, Шмидт и Валлах (2004) провели метаанализ лечения MBSR для снижения стресса и общего оздоровления. Зайнал, Ваас и Хюпперт (2013) также провели метаанализ MBSR для улучшения психического состояния пациенток с раком молочной железы.

Байер (2003) описала, что механизмы изменения MBSR, которые приводят к терапевтическим улучшениям, включают релаксацию, самоконтроль, самоактивацию, когнитивные изменения и принятие. Однако Байер отметила, что некоторые концепции, присущие практике майндфулнесс (например повышенное осознание, озарение, прозрение и т. д.), трудно поддаются оценке. Она рекомендовала выделить осознанность как средство, позволяющее проводить более эффективные исследования результатов. Тем не менее эти обзоры указали, что MBSR является эффективным вмешательством для связанных со стрессом расстройств и других диагнозов, таких как депрессия (Marchand, 2012) и хронический травматический синдром головного мозга (Azulay, Smart, Mott, & Ciccone, 2013). MBSR также полезен при работе со здоровыми людьми для уменьшения влияния дистрессов, встречающихся в их

жизни, и повышения самооффективности (Khoury, Sharma, Rush & Fournier, 2015; Sibinga et al., 2011).

Хотя практика майндфулнесс, которая является краеугольным камнем вмешательства MBSR, была основана на буддийской психологии, Кабат-Зинн постоянно говорил, что он использовал эту практику именно как философское учение отдельно от буддизма как религиозной традиции. Согласно Драйдену и Стиллу (2006), Кабат-Зинн обнаружил, что осознанность — это образ жизни, а не просто кратковременное средство для снятия стресса.

Впоследствии первоначальная 10-недельная программа была сокращена до 8 недель, а занятия были продлены до двух с половиной часов. Это была вынужденная мера, чтобы как можно больше участников смогли пройти учебную программу.

Интеграция арт-терапии с MBSR

Возможность интеграции искусства с лечением MBSR, проводимым по методике Кабат-Зинна, поразила воображение некоторых арт-терапевтов настолько, что у них возникло желание создать краткосрочную, основанную на медитации арт-терапевтическую учебную программу для снятия стресса и улучшения саморегуляции, которая будет полезна для многочисленных групп клиентов. Сходство между использованием искусства как формы майндфулнесс и терапевтической пользой осознанной медитации создает мост между этими двумя практиками.

MBSR и арт-терапия для лечения боли

Фриче (2014) выдвинул гипотезу, что *«арт-терапия может помочь сфокусировать наблюдение за болевым ощущением и раскрыть его символический аспект»* (с. 83). Работая с пациентами, страдающими хронической болью, он обнаружил, что занятие искусством смягчает восприятие боли. Используя программу Кабат-Зинна в качестве модели, Фриче описал программу арт-терапии для осознания своего тела. Программа состояла из семи этапов: 1) сканирование; 2) выражение; 3) расширение; 4) энергетическое освобождение; 5) перенаправление; 6) распознавание; 7) облегчение.

Программа проводилась в небольших группах, которые собирались еженедельно в течение 10–12 недель. Каждый сеанс начинался

с короткого обсуждения плана встречи. Далее предлагалась разминка, задействующая воображение и осознанное внимание, а затем определенное художественное задание. После завершения творческой работы отводилось время для группового обсуждения личного опыта каждого участника и возникших новых идей. Темы для художественных заданий включали сканирование тела, осознание боли и окружающего пространства, эмоции, выражение гнева, пейзажи, рисование в черно-белых тонах, а также оптимизм и расширение возможностей.

MBSR и MBAT для онкологических больных

Для изучения совместного использования ССОМ (MBSR) и арт-терапии для больных раком было проведено два исследования. В 2006 году Монти и соавторы провели рандомизированное клиническое исследование влияния арт-терапии, основанной на осознанности (MBAT), на женщинах с онкологическими заболеваниями. Петерсон, арт-терапевт и одна из ведущих авторов клинических исследований рака, описала MBAT как интеграцию арт-терапии с программой MBSR Кабат-Зинна для онкологических больных (Peterson, 2014).

Программа MBAT, которую разработала Петерсон, состояла из восьми еженедельных сессий, каждая из которых длилась два с половиной часа. Она указала, что почти все занятия были разработаны в соответствии с учебным планом Кабат-Зинна, за исключением седьмой сессии, для которой клиенты встречались в камерной обстановке, предназначенной для совмещения практики осознанности с предоставленным им для творчества свободным временем. В то же время Петерсон обращала внимание, что практика осознанности в ее программе вводилась на более ранних стадиях, чем в учебной программе Кабат-Зинна. Однако так же, как и Кабат-Зинн, она включила в программу MBAT домашнюю работу и самоотчеты.

Второе исследование, проведенное Андо, Кайра, Хаясида и Ай-тэу (2016), было выполнено в Японии. Его участниками были 10 пациентов с запущенной онкологией на четвертой стадии или с метастазами рака молочной железы. Программа MBSR и арт-терапия, основанная на программе Кабат-Зинна, состояла всего из двух отдельных сессий и называлась короткой версией Mindfulness Art Therapy. Сессии проходили с интервалом в две недели. Пациентам также выдавали компакт-диск с записанными на нем медитациями, с помощью которых они практиковали осознанность вне сеансов.

Интервенции арт-терапии

Ядром программы Петерсон было внедрение в майндфуллесс искусства. Она начала с осознанного изучения художественных материалов (mindful exploration of art materials – МЕАМ), которое состояло из ограниченных во времени экспериментов с широким спектром предметов для творчества. Для упражнений МЕАМ предлагались конкретные инструкции, задуманные как средство исследования МЕАМ. Другой практикой было использование арт-упражнений до и после майндфуллесс-практики. Иные вмешательства арт-терапии включали в себя привлечение внимания к боли с помощью сканирования тела для фокусирования боли, использование приятных и неприятных изображений событий, создание картин о личном опыте осознанных практик, развитие словарного запаса для описания чувств, создание безопасного места, а также новое упражнение, которое она назвала прогулкой (Peterson, 2014, 2015). Пациентам давалась инструкция: во время прогулки вокруг больницы войти в состояние майндфуллесс (осознанности) и затем фотографировать все, что попадает в поле их зрения. В дальнейшем эти снимки становились материалом для изготовления коллажей.

Предлагая осознанную практику, Андо и соавторы (2016) давали участникам множество самых разнообразных художественных материалов, включая глину, материалы для коллажей, карандаши и мелки для рисования и акварельные краски. При этом они подсказывали: *«Пожалуйста, свободно выражайте свои чувства или свои эмоции»* (с. 37).

МВАТ: результаты исследования

Результаты исследования, основанного на программе МВАТ Петерсон, включали анамнез 56 женщин в терапевтической группе лечения и 55 женщин в контрольной группе ожидания на аналогичных стадиях заболевания (завершили исследование 45 женщин из группы лечения и 48 женщин из группы ожидания). Проверялись две основные гипотезы: 1) женщины в группе лечения станут реже сообщать о дистрессе, чем женщины из контрольной группы; 2) качество жизни (QOL) женщин в группе лечения улучшится. Результаты подтвердили, что у женщин в группе лечения наблюдалось статистически значимое снижение дистресса по сравнению с женщинами из группы ожидания. Что касается

качества жизни, то показатели четырех из 36 подшкал шкалы качества жизни значительно улучшились в группе лечения: 1) психическое здоровье; 2) общее состояние здоровья; 3) жизнеспособность; 4) социальное функционирование. Но сводная оценка по шкале качества жизни QOL не достигла значимого уровня. Тем не менее эти результаты можно считать обнадеживающими для оценки целесообразности включения арт-терапии в программы MBSR Кабат-Зинна в будущем.

Андо и соавторы сообщили о приливе сил и снижении утомляемости на шкале состояний настроения уже после двух сеансов, но другие шкалы не показали положительных изменений. Авторы также провели тест на уровень душевного равновесия в конце сессий, но не обнаружили существенных изменений. Поскольку у участников были более низкие оценки перед началом тестирования, чем нормы для этого параметра, они рекомендовали, чтобы терапевты продолжали изучать психическое состояние пациенток в будущих обследованиях женщин с поздней стадией рака молочной железы.

Общественная популяризация MBSR и арт-терапии

В 2000 году на базе крупной больницы была разработана программа MBSR с целью популяризации этого метода среди населения. Программа включала в себя творчество и другие художественные методы лечения для людей с различными медицинскими, психическими и эмоциональными расстройствами, связанными со стрессом (Isis, 2014). После изучения MBSR у Кабат-Зинна Айсис создала свою программу, предположив, что *«интеграция вмешательств MBSR с экспрессивной терапией даст участникам творческий опыт, служащий для углубления самосознания, эмоциональной регуляции, сострадания, эмпатии, самоуважения и социальной самооценки»* (с. 157). Айсис постулировала, что чувственная природа искусства помогает людям дольше оставаться в настоящем моменте. Два примера арт-терапевтических вмешательств Айсис: MBSR – сканирование тела и MBSR-раскраски. Сканирование тела – это короткое осознанное упражнение, в ходе которого клиент «перебирает» все участки своего тела и отмечает, где в нем скрываются эмоции и стрессоры. Затем на контуре тела его просят связать цвет с различными видами стресса. Завершается упражнение тем, что клиент раскрашивает контур тела разными цветами, определяя, что тот или иной цвет представляет в теле (рис. 8.1).

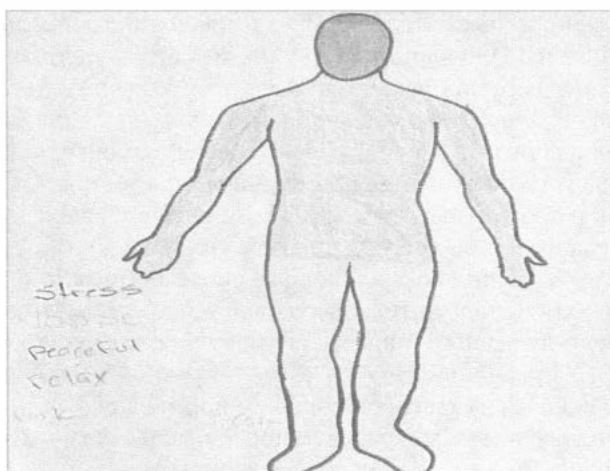


Рис. 8.1. Иллюстрация сканирования тела

Источник: из личной коллекции Р. Isis. Печатается с разрешения

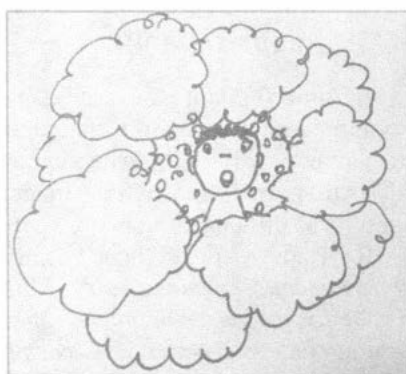


Рис. 8.2. Иллюстрация осознанных раскрасок

Источник: из личной коллекции Р. Isis. Печатается с разрешения

Техника MBSR-раскраски используется для оттачивания навыков осознанности. Сохраняя осознанность, клиент получает указание рисовать раскраски без редактирования своих мыслей или суждений (рис. 8.2).

Херринг (2014) также адаптировал MBSR под проблемы людей, находящихся в амбулаторном лечебном центре с тяжелыми органическими

психическими заболеваниями (СПМІ). Свою 16-недельную программу Херринг основал на принципах Кабат-Зинна и программе арт-терапии, разработанной Петерсон (описана выше).

В свою очередь Айсис создала восьминедельную комбинированную программу MBSR и экспрессивного искусства, также используя в качестве руководства учебную программу Кабат-Зинна. Для каждой недели задавались следующие темы:

- у тебя больше возможностей, чем ты думаешь;
- как ты замечаешь или не замечаешь вещи (осознание настоящего момента);
- культивирование невозмутимости и стрессоустойчивости в приятной/неприятной/нейтральной стрессовой ситуации;
- какие бывают ежедневные стрессы в ответ на события, изменяющие жизнь, и как стрессы влияют на наше здоровье;
- как обращаться со стрессом;
- осознание имеющихся значимых отношений и социальной поддержки, подтвержденных личной практикой.

Художественные интервенции включали в себя рисунки дыхания (как положительные, так и отрицательные), рисунки осознанного сканирования тела, искусство отклика на четыре истории путешествий и рисунки социальной автономии. Айсис пришла к выводу, что главным фактором для полноценной реализации возможностей программы служит ежедневная медитация. После участия в программе несколько клиентов отметили изменения в своей способности взаимодействовать с другими людьми, у них повысились мотивация и самостоятельность; все это имело решающее значение для улучшения повседневного функционирования этих людей.

Программа Херринг включала в себя цели, аналогичные программе Айсис, и частично совпадала с вмешательствами с использованием творчества, изложенными Айсис. Оба терапевта обнаружили, что после завершения программы некоторые участники продолжали практиковать полученный опыт MBSR и МВАТ, чтобы придерживаться здорового образа жизни.

Резюме

Приведенный обзор пяти программ арт-терапии с использованием методов ССОМ (MBSR) Кабат-Зинна показал, что они удивительно похожи, даже несмотря на то, что были разработаны для различных

целей — одна для снятия боли, две другие для снятия стресса, связанного с болезнью, и две для смягчения эмоционального стресса, связанного с психическим заболеванием.

И Айсис, и Петерсон использовали восьминедельные групповые занятия, и обе программы включали сканирование дыхания и тела в практике MBSR. Каждая из них обнаружила, что участие в творческих занятиях углубило терапевтические процессы оригинальной программы MBSR.

Фриче и Херринг расширили восьминедельную модель и продлили программы для облегчения боли для пациентов с SPMI до 16 недель. Основной целью каждой программы было достижение саморегулирования и изменение прежнего отношения к своим проблемам. Каждый автор пришел к выводу, что сила искусства усиливает эффект осознанности практики майндфулнесс.

Два исходных исследования, в ходе которых изучалась эффективность программ арт-терапии как части MBSR, показали терапевтическое изменение некоторых показателей личностных факторов и самоотчетов. Эти два исследовательских отчета заложили основу для подтверждения эффективности арт-терапии в сочетании с осознанием происходящих изменений. В связи с этим важно продолжать исследования интеграции арт-терапии и программ MBSR.

КОГНИТИВНАЯ ТЕРАПИЯ, ОСНОВАННАЯ НА МАЙНДФУЛНЕСС (МВСТ)

Чтобы снизить частоту рецидивов, Сегал, Вильямс и Тисдейл (2002) включали приобретение навыков майндфулнесс как части КПТ в работу с депрессией. В когнитивной терапии, основанной на майндфулнесс (mindfulness-based cognitive therapy — МВСТ), пациентов обучают навыкам осознанности и медитации с целью повысить возможность своевременного выявления болезненных аффективных состояний и неадаптивных порывов. Основная предпосылка МВСТ заключается в том, что майндфулнесс *«помогает дистанцироваться от автоматических повторяющихся негативных мыслей (руминаций), которые характеризуют депрессивное мышление»* (Segal et al., 2002, с. 139). Кенни и Вильямс (2007) добавили, что главной целью МВСТ является содействие метакогнитивной осведомленности (см. ниже), а также модификация метакогнитивных процессов, воссоздающих пагубные руминации у депрессивных пациентов.

Как метод лечения, основанный на сессионных занятиях, МВСТ сочетал в себе тренировку майндфулнесс, разработанную Кабат-Зинном, с когнитивно-поведенческой терапией депрессии, соответствующей концепции Бека, Раша, Шоу и Эмери (Kenny & Williams, 2007). Пациентов учат наблюдать за своими мыслями и чувствами, а затем переключать внимание на что-то нейтральное, например на дыхание или другие телесные ощущения «здесь и сейчас». Другим аспектом МВСТ является приобретение неосуждающего отношения к восприятию чувств, даже тех, которые приносят беспокойство. Пациент учится принимать, а затем отпускать даже самые сложные мысли и эмоциональные состояния и в то же время нейтрально реагировать на неприятные моменты.

Переосмысление рецидива депрессии

Потребность в осознанности как важной части когнитивно-поведенческой терапии возникла, когда терапевты стали отмечать у пациентов, страдающих депрессией, многочисленные случаи рецидивов, возникающих после положительного результата, достигнутого в базовом курсе лечения КПТ. Для решения этой проблемы работающие с рецидивирующей депрессией терапевты КПТ начали искать новые методы, которые можно было бы применить для поддержания результатов, достигнутых в базовом лечении. Благодаря исследованиям, их тщательному анализу и встречам с другими апологетами КПТ, Сегал, Вильямс и Тисдейл (2002) совместно начали работу над созданием модели профилактики рецидивов у пациентов с депрессией. Имеющиеся к тому времени программы борьбы с рецидивами применяли те же техники КПТ, которые использовались при первоначальном лечении депрессии, но Сегал и соавторы заинтересовались, может ли другой подход стать более эффективным?

Во-первых, Сегал и соавторы определили последовательность событий, способных спровоцировать у пациента рецидив. Пациент, который после курса КПТ сначала чувствовал себя очень хорошо, в какой-то момент начинал испытывать тоску. Есть два возможных варианта ответа на грустное настроение: 1) негативное мышление может быть остановлено или заблокировано; 2) негативное мышление может вернуть прошлые негативные паттерны (Segal et al., 2002). Большинство людей понимают, что плохое настроение в конечном итоге проходит, но у уязвимых людей с длительной историей депрессии печаль может спровоцировать возвращение к дисфункциональным мыслям, которые были причиной

более раннего депрессивного эпизода. Поэтому на втором этапе авторы начали изучать проблемные мыслительные процессы, приводящие к рецидиву. Они определили, что ключом к рецидиву служит возникновение руминаций, «мысленной жвачки» — повторяющихся мыслей об одном и том же событии (Nolen-Hoeksema, Цит. по: Segal et al., 2002). Люди, которые постоянно размышляют о своих проблемах, продлевают свое плохое настроение, в отличие от людей, которые находят способы смягчить свои переживания и тем самым выйти из тоскливого состояния. Используя эту модель рецидива, Сегал и соавторы начали обдумывать переход от использования методов КПТ к изменению самой модели дисфункционального мышления, чтобы в качестве превентивной меры помочь клиентам изменить свое отношение к негативным или «застревающим» мыслям. Этот сдвиг в фокусе привел к необходимости обучения клиентов децентрарованию мыслей или дистанцированию своих мыслей от самих себя.

Смещение фокуса заставило Сегала и соавторов подбирать разнообразные техники, с помощью которых можно научить клиентов избавляться от негативных мыслей. Благодаря связям с Линехан и Кабат-Зинном они обнаружили, что обучение уязвимых клиентов осознанности (майндфулнесс) может быть именно тем способом, который они искали, чтобы повлиять на процесс децентрарования. Сначала они назвали свою новую программу профилактики рецидивов тренировкой контроля внимания. Эта программа включала как осознанность, так и когнитивные вмешательства (Segal et al., 2002, с. 51). Программа преследовала три цели: 1) научиться замечать, когда возникает опасное настроение; 2) использовать внимание для понимания, что усилия уходят на руминации; 3) начать процесс децентрарования или выхода из «автоматических, связанных с депрессией паттернов мышления, которые эти настроения обычно вызывали в уме» (с. 51).

Сегал и соавторы использовали учебную программу Кабат-Зинна в качестве модели, на фундаменте которой разработали групповое вмешательство для экспериментального исследования. Программа длилась восемь недель, а каждый сеанс — два с половиной часа. В ходе эксперимента Сегал и соавторы (2002) обнаружили, что им не хватает четвертой, главной цели — достижения осознанности.

«Основываясь на том, что мы видели, мы пришли к выводу, что участники не просто подвергаются воздействию набора навыков или техник, которые будут использоваться при первых признаках стресса. На самом деле они изучали более общий способ мышления, который был особенно полезен в связи с тяжелыми переживаниями. Регулярная меди-

тация научила участников понимать природу своих мыслей, осознавать, что это просто мысли, и наблюдать свое отношение к ним. Более того, медитация культивировала новое отношение ко всему опыту в целом, включая чувства и телесные ощущения» (с. 61).

МВСТ сегодня

После исследований эта модель стала программой лечения, основанной на комбинированном подходе, который сочетал тренировку осознанности, разработанную Кабат-Зинном, с когнитивно-поведенческой терапией депрессии, как ее концептуализировали Бек, Раш, Шоу и Эмери (Кеппу & Williams 2007). В рамках этой программы пациентов учили наблюдать за своими мыслями и чувствами, а затем переключать внимание на что-то нейтральное (дыхание или телесные ощущения «здесь и сейчас»). Другой аспект МВСТ включает в себя приобретение неосуждающего отношения и принятия чувств, даже тех, которые вызывают тревогу. Пациент учится принимать, а затем отпускать даже самые сложные мысли и эмоциональные состояния, занимая нейтральную позицию в отношении тревожных моментов. Сегодня МВСТ практикуется в формате групповых занятий в течение восьми недель, причем каждая сессия длится два часа.

В другие группы пациентов, которые эффективно лечатся с помощью МВСТ, входят ветераны боевых действий с ПТСР (King et al., 2013; Luedtke, Davis, & Monson, 2015), люди с неврозами и подверженные стрессовой уязвимости (Armstrong & Rimes, 2016), ADHD (Haydicky, Shecter, Wiener, & Ducharme, 2015), люди с психическими и эмоциональными расстройствами (Chiesa & Serretti, 2011; Meekums, 2013), дети с тревожными расстройствами (Semple, Reid & Miller, 2005) и люди с депрессией, устойчивой к лечению (Eisendrath et al., 2016). Кюкен и соавторы (2010) изучали компоненты МВСТ с целью выявления механизмов изменений, которые участвуют в этом процессе. Они обнаружили, что развитие самосострадания было важным механизмом эффективности МВСТ наравне с отсоединением от реактивного депрессивного мышления.

Подводя итог, можно сказать, что обучение навыкам децентрирования МВСТ является эффективной альтернативой для предотвращения рецидивов. Этот метод был разработан для того, чтобы помочь пациентам своевременно распознать, когда настроение начинает ухудшаться или когда подавленное состояние поддерживается руминациями (цикли-

чески повторяющимися мыслями). Сегал и соавторы осуществили серьезный сдвиг в философии и теории терапии людей с депрессией. Ранее КПТ была направлена на изменение мыслительных процессов пациентов, но Сегал и соавторы убедились, что эффективнее изменить отношение пациента к своим негативным мыслям и чувствам (то есть децентрирование их мышления).

Арт-терапия и МВСТ

Кохолик (2011) предложили приспособить МВСТ для работы с детьми из приемных семей, для организаций, занимающихся защитой детей, и для детей, направленных на терапию из общественного центра психического здоровья. После проведения всестороннего анализа МВСТ она приняла решение адаптировать программу для пожилых людей с депрессией под программу, более подходящую для занятий с детьми. Это означало сокращение продолжительности сеансов до 90 минут или менее, а также добавление большего количества эмпирических компонентов, включая арт-терапию. Таким образом, для детей и подростков были разработаны интервенции Art-Based-Mindfulness-Based (АВМВ), базирующиеся на искусстве и на майндфулнесс.

Примеры АВМВ

Двумя примерами АВМВ являются техники инвентаризации чувств и «баночки для мыслей». Для инвентаризации чувств детей просили нарисовать и обозначить формы различных эмоциональных состояний, которые они испытывали в течение дня. Эти формы размещались на изображении большого круга. Более крупные формы означали, что эмоция в течение дня ощущалась чаще. По завершении проекта проводилось обсуждение, каким образом можно принять и положительные, и отрицательные чувства. Вторая техника — «баночка для мыслей», которая была групповым проектом, — позволила каждому участнику положить бусинки и другие мелкие предметы в банку, наполовину наполненную водой. Каждый ребенок добавлял в банку предметы, которые символизировали его мысли или чувства. После того как все участники

добавили предметы, банку встряхивали. Группе предлагалось представить, что взбаламученная банка — это их мозг, в котором кружатся все мысли и чувства. Это упражнение стало наглядной метафорой, как может выглядеть чрезмерно загруженный ум. Когда все бусинки осели на дно, баночка стала метафорой того, как их ум успокаивается во время упражнений на осознанность, и позволила детям наглядно представить, как выглядит ум после того, как он успокоился.

Результаты исследований

Используя протокол качественных показателей исследования, Кохолик изучила терапевтическую эффективность программы. Она взяла интервью у детей и их опекунов. Дети рассказывали, сколько удовольствия они получили во время программы, что изменилось в их самосознании, какие возникли позитивные чувства по отношению к самому себе, что дали эмоциональная регуляция и здоровое выражение чувств и что это *«позволило более эффективно справляться с различными проблемами, в том числе в школе»* (Coholic, 2011, с. 310). Результаты были отмечены как воспитателями, так и детьми.

Кохолик сделала вывод, что результаты данного исследования, включавшего компоненты АВМВ, схожи с результатами аналогичных программ МВСТ для детей, проводившихся по традиционным технологиям без использования арт-терапии. Поскольку итоги качественного исследования были положительными, Кохолик считает целесообразным провести исследование контрольной группы до и после сессии для углубления понимания МВСТ, основанного на искусстве.

Резюме

Хотя я нашла только одну статью, посвященную МВСТ в сочетании с арт-терапией, это не означает, что модель МВСТ не подходит для арт-терапевтов. На самом деле все наоборот. Исходя из работы Кохолик, можно предположить, что многие арт-терапевты захотят адаптировать модель МВСТ на основе искусства как для детей, так и для взрослых. Подход МВСТ, разработанный Сигалом и соавторами (2002), можно легко модифицировать для арт-терапии при лечении людей с рецидивирующей депрессией и тревожными расстройствами.

ТЕРАПИЯ ПРИНЯТИЯ И ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Терапия принятия и ответственности (некоторые специалисты в переводе на русский язык используют слово «приверженности») (АСТ; это акроним и произносится как одно слово, означающее «действие») основана на работе Хейса и его коллег, проведенной в начале 1990-х годов. Согласно Хейсу (2008), АСТ *«всегда был частью когнитивно-поведенческой терапии (КПТ)»* (с. 286) и многократно дополнительно проверен в ходе тщательных исследований. Однако АСТ отклонил ключевой конструкт КПТ, что мысли и чувства опосредуют поведение. Скорее теоретики действия (АСТ) считали, что мысли и чувства важны для *«контекста социального/вербального общения, связывающего личные факты с явными действиями»* (с. 287) и *«явно связаны с контекстом и основаны на базовом экспериментальном анализе человеческого языка и познания»* (Hayes, 2004, с. 639).

Философские основы

АСТ основан на философиях и теориях, отличающихся от DBT, MBSR и MBCT. Тем не менее я считаю полезным включить АСТ как терапию третьего поколения в эту главу, так как осознанность тесно связана с практикой АСТ. В то время как другие терапии, рассмотренные в этой главе, использовали в качестве краеугольного камня буддийскую психологию, Хейс и его коллеги приняли за основу теорию реляционных фреймов (RFT) и функциональный контекстуализм. В то же время Хейс (2002) нашел параллели между буддизмом и АСТ (что страдание является частью человеческого бытия и что принятие страдания, а также прерывание тяги необходимы для движения к благополучию).

Хейс (2004) категорически заявлял, что психологи и психотерапевты должны понимать, что философия функционального контекстуализма лежит в основе АСТ. Функциональный контекстуализм имеет те же предпосылки, что и конструктивистские идеи. Из положений конструктивизма возник более пристальный взгляд на контекстуализирующие модели терапии как на способ углубления понимания человеческих взаимодействий и терапевтических способов их изменений. Таким образом, все концепции АСТ *«должны быть связаны с контекстом, определенным как исторически, так и ситуативно, поскольку только контекстуальные*

переменные могут быть напрямую обработаны и непосредственно приведены к прогнозированию и воздействию» (Hayes, 2008, с. 288).

В функциональном контекстуализме объективная реальность непознаваема, что в психологии также относится к способности предсказывать и контролировать поведение человека (Flaxman, Blackledge, & Bond, 2011). Это связано с пониманием функциональности концепций трактовки АСТ, которые *«вытекают из радикального прагматизма — философии, лежащей в его основе»* (Hayes, 2008, с. 288). Функциональный контекстуализм является основой того, что Левин и Хейс (2009) назвали контекстуальной поведенческой наукой (CBS), которая представляет собой целостную оценку психологических событий и является фундаментальной для RFT.

АСТ основан на RFT — это означает принятие факта, что основа человеческого языка является реляционной и необходимой для общения, но также может привести к страданиям, если язык используется для манипулирования или обмана других (Hayes, 2004). Исследования, проведенные Хейсом и его коллегами, инициировали разработку поведенческой теории языка и познания, или RFT. Концепции, раскрытые в исследованиях языка и познания вместе с RFT, составляют основу терапевтической модели АСТ. АСТ подчеркивает, что *«принятие, расщепление, контакт с настоящим моментом и самость в смысле осознания перспективы могут быть легко получены из RFT»* (Hayes, 2008, с. 288). (2)

Терапевтические конструкторы

В АСТ имеется шесть основных терапевтических конструкторов, которые включают четыре указанных выше, а также ценности и действия. Хейс и коллеги определили эти шесть конструкторов как процессы осознанности и изменения поведения, которые приводят к развитию психологической гибкости (Flaxman et al., 2011). Три конструктора (принятие, расщепление и «Я»-как-наблюдатель) непосредственно связаны с процессами осознанности и принятия ответственности, а три других (контакт с настоящим моментом, ценности и совершенное действие) — с процессами принятия и изменения. Левин и Хейс (2009) назвали совокупность этих шести конструкторов гексафлексом. (3)

С самых первых дней разработки АСТ проводились исследования для проверки его терапевтических воздействий. Эффективность АСТ изучалась в различных направлениях — от смягчения тревоги и депрессии (Dalrymple & Herbert, 2007; Forgan et al., 2007) до терапии

расстройств пищевого поведения (Juarascio et al., 2013), употребления психоактивных веществ (Ilgen et al., 2016), хронической боли (Johnston et al., 2010), последствий травмы (Ojserkis et al., 2014), психоза и выгорания, связанного с работой (Flaxman et al., 2011).

В качестве метода лечения АСТ означает «принять, отделить и принять меры», а цели вмешательств, связанных с АСТ, заключаются в следующем:

«Уменьшить когнитивное слияние за счет использования в терапии парадоксального языка и упражнений, ориентированных на происходящие процессы, чтобы подорвать желание избегания, сопоставляя затраты на это избегание с конфликтом с ценностями клиента, который оно вызывает. Работа с ценностями клиентов, чтобы научить их восприимчивости и готовности принять другой опыт в качестве альтернативного реагирующего решения, а также практиковать преднамеренное воздействие ослабленных неприятных мыслей и чувств, телесных ощущений и тому подобного (фрустраций), чтобы помочь клиенту поддерживать контакт с трансцендентным чувством себя, которое делает принятие и когнитивную разрядку менее пугающими. С помощью упражнений и практик прояснить жизненные ценности клиентов, чтобы вести себя в соответствии с wybranymi целями через поведенческие стратегии приверженности» (Hayes, 2002, с. 60).

Терапевт АСТ выполняет множество функций, но наиболее важными из них являются *«стимулирование, моделирование и поддержка психологической гибкости»* (Hayes & Lillis, 2012, с. 68). Хейс и Лиллис обнаружили, что упражнения АСТ — лучший способ активировать терапевтический процесс. Кроме того, терапевт должен быть эмоционально честным с клиентом (это дает ему модель для подражания). Развитие психологической гибкости инициируется путем поддержки изменений, внесенных клиентом, и подкрепления достигнутого прогресса.

АСТ широко поддерживается исследовательской литературой. Хейс и его коллеги ожидают продолжения изучения эффективности этого направления, особенно при проведении более масштабных исследований и изучении полученных результатов. Они хотели бы видеть использование АСТ в новых областях, таких как профилактика, социальная справедливость и даже в бизнесе и в промышленности (Hayes and Lillis, 2012). Как и в случае других методов лечения, основанных на осознанности, они хотели бы, чтобы АСТ стал частью практик *«облегчения человеческих страданий и содействия укреплению здоровья и развития»* (с. 135).

АСТ и арт-терапия

Бакос и Маццео выбрали АСТ в качестве основы для своей работы с ветеранами ПТСР (Baskos & Mazzeo, 2017). Для них была создана восьминедельная групповая программа арт-терапии, включающая как принципы АСТ, так и рекомендации по лечению ПТСР в программах Уоллера и Веструпа (как указано в Baskos & Mazzeo, 2017). *«Каждый модуль включал в себя художественное вмешательство с осознанностью, психообразование, экспериментальную арт-терапию АСТ, обсуждение и творческое домашнее задание»* (с. 169). Поскольку программа была познавательной и краткосрочной, использовались знакомые инструменты — маркеры, карандаши и масляная пастель. Искусство было включено в шесть модулей модели лечения АСТ.

Несколько художественных упражнений с использованием модели АСТ описаны далее. Например, в первом модуле была рассмотрена концепция контакта с настоящим моментом. Чтобы расслабить ветеранов и сосредоточить их на настоящем моменте, в начале каждого сеанса они создавали мандалы. Кроме того, с ними договорились, что они будут участвовать во всех творческих заданиях. Концепция принятия в форме готовности возвращаться в болезненные воспоминания была введена через воображаемую экспозицию.

Для решения проблемы контроля членов группы попросили сравнить два процесса: художественное творчество со свободой выбора и художественное творчество, во время которого звучат инструкции и указания. Концепция когнитивного расщепления базировалась на базовой метафоре дисфункциональных мыслей, разработанной Хейсом, Строшалом и Уилсоном (1999, цитируется в Baskos & Mazzeo, 2017), в качестве которой был выбран монстр. Каждый ветеран создал трех монстров, *«которые представляют их обычно слитые мысли, затем проанализировал детали этих искаженных мыслей с помощью письменных описаний: возраст каждого монстра, что говорит этот монстр, другие ситуации, связанные с этим монстром, и какие из этих ситуаций выявляют особенности каждого монстра»* (с. 171). При работе с ценностями первоначально определили десять их категорий. Ветераны получили десять маленьких листочков бумаги, где написали о человеке, которым хотели бы быть в каждой из категорий. Затем они преобразовали каждый лист бумаги в различные формы, которые олицетворяли их ценности. Наконец, бумажные формы были объединены в мобильную структуру, которая *«служила метафорой, напоминая им, что положительные изменения в одной области влияют на все другие области»* (с. 173).

Бакос (2016) провела исследование эффективности программы арт-терапии/АСТ. Шестнадцать ветеранов завершили восьминедельную программу. Одиннадцать участников были ветеранами войны во Вьетнаме, пятеро — ветеранами войны в Афганистане и Ираке.

Перед исследованием были выдвинуты три гипотезы:

- гипотеза 1: у ветеранов будет достигнуто существенное уменьшение симптомов ПТСР (тест PCL-C);
- гипотеза 2: у ветеранов значительно повысится самооценка и принятие позиции (тест AAQ-2);
- гипотеза 3: у ветеранов будет достигнуто значительное уменьшение депрессивных симптомов, о которых сообщают они сами (тест BDI-II).

Только депрессия, измеренная с помощью BDI-II, была значительно снижена после тестирования. Бакос (2016) констатировала, что хотя снижение ПТСР не было значительным, самоотчеты о симптомах травмы выявили уменьшение ее последствий. Отзывы ветеранов были положительными: некоторые из них направили своих товарищей в группу и продолжали использовать художественное творчество для практики осознанности. Бакос пришла к выводу, что *«АСТ в сочетании с арт-терапией — многообещающая комбинация лечения, которая предлагает как вербальные, так и невербальные подходы к лечению ПТСР»*.

Резюме

Арт-терапия в сочетании с АСТ является многообещающим направлением. Благодаря работе Бакос, создается впечатление, что принципы АСТ похожи на принципы DBAT. Она обнаружила, что после восьминедельной программы значительно снижается депрессия. Ее исследования показывают, что для практикующих арт-терапевтов существуют возможности увеличения эффективности АСТ как для снижения симптомов депрессии, так и для работы с ПТСР.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Последние модификации КПТ включают аспекты осознанности как медитативной практики. При этом АСТ развивался, отталкиваясь от другой точки зрения. Тем не менее он все же включает в себя некоторые

аспекты буддийских практик, такие как принятие и сострадание. Хотя считается, что общность между КПТ и буддийскими принципами увидели недавно, на самом деле сходство между двумя традициями было отмечено еще в 1950-х годах. В то время Эллис был уверен, что РЕВТ имеет много общего с буддийскими идеями.

Осознанность в западные терапевтические практики ввели два ведущих психотерапевта. В 1970-х годах Линехан, обнаружив, что люди с суицидальными наклонностями плохо реагировали на проблемно-ориентированный психотерапевтический подход, использовала осознанность, чтобы повысить терпимость к разочарованию и принять свою ситуацию. Многие считают, что осознанность включил в западную медицинскую практику Кабат-Зинн. Он начал создавать свою теорию в начале 1980-х годов, убедившись, что буддийские практики могут помочь пациентам справиться с хронической болью. После знакомства с работами этих двух пионеров Сигал и соавторы поняли, что осознанность, которая влияет на то, как человек воспринимает свои мысли и чувства, может стать критически важным дополнением к когнитивно-поведенческой терапии и повлиять на рецидивы депрессии. Наконец, Хейс и его коллеги начали исследовать силу языка как ключевого инструмента в дисфункциональном мышлении и поведении. Используя реляционный подход для лучшего понимания проблем клиента, они разработали АСТ, который включает и принятие, и сострадание.

КПАТ легко интегрируется в последние варианты КПТ. Арт-терапевты используют искусство как часть ДВТ. Применение методов арт-терапии (например, выстраивания одной ситуации с двух точек зрения) помогает клиенту осознать когнитивные искажения или принять обе противоположные мысли или чувства. Принятие — ключевой компонент практики арт-терапевтов — также является важным принципом в ДВТ. В сочетании с оказанием помощи в создании атмосферы, в которой происходят перемены, принятие может переместить клиента в воображаемое пространство, где он будет готов предпринять шаги, чтобы опробовать новое поведение.

Важно признать, что участие в творческом процессе может быть медитативным. Безусловно, Лоренцо де ла Пена и Драсс осознали это, придумав художественный подход к ДВТ. Поощрение клиентов осознавать свое окружение, эмоции и мысли на занятиях творчеством выступает основным аспектом новых вариантов КПАТ. Осознанность как важный компонент арт-терапии должна включать в себя практику самопознания самого терапевта. Понимание структуры арт-коммуникаций крайне важно для осознанной практики.

Независимо от того, делается ли акцент на обучающих навыках, понимании ментальных образов или обращении внимания на мысли и чувства, эти стратегии терапии основаны на фактических данных. Эффективность лечения является жизненно важным компонентом всей когнитивной терапии. КПТ — это краткосрочная терапия, предназначенная для быстрого облегчения симптомов (часто является предпочтительным методом лечения в амбулаторных клиниках). Даже DBT (хотя и проводится в течение нескольких месяцев) занимается поиском стратегий, позволяющих максимально быстро оказать помощь, особенно когда имеешь дело с пациентами, которые причиняют себе вред.

При проверке эффективности своих программ арт-терапевты, работающие с новыми вариантами КПТ, понимают важность исследований в арт-терапии. Петерсон и ее коллеги Андо, Кохолик и Бакос провели исследования своих вариантов арт-терапии. Хотя результаты были неоднозначными, все же с их помощью были выявлены многообещающие терапевтические эффекты. Например, Петерсон и ее коллеги обнаружили, что основанная на арт-терапии программа MBSR уменьшает дистресс у больных раком. Имеются и другие многообещающие результаты, в том числе улучшение психического здоровья, общего состояния здоровья, прилив жизненных сил и достижение более успешного социального функционирования. Исследование Андо и соавторов (2016) показало улучшение общего физического состояния и снижение утомляемости у участников с поздней стадией рака.

Кохолик разработала качественное исследование своей программы на основе MBCT и обнаружила, что дети из группы риска сообщали об улучшении самосознания, повышении позитивных ощущений, эмоциональной регуляции и здорового выражения чувств. Эти изменения показали, что дети нашли более подходящие способы справиться со своими проблемами. Кроме того, Бакос обнаружила, что арт-терапия, интегрированная в АСТ, значительно снижает депрессию. Также сообщалось о работе с симптомами ПТСР у ветеранов боевых действий.

В попытке подобрать лучшие практики арт-терапевты, работающие с агрессивными детьми, на основании результатов исследований Ниссимова-Наум пришли к выводу, что в арт-терапию следует включить два принципа DBT — нацеленность на формирование позитивных и неосуждающих отношений с ребенком и помощь ребенку в понимании связи между чувствами, мыслями и поведением.

Приведенные исследования хотя и не являются окончательными, указывают на жизнеспособность КПАТ в рамках последних вариантов КПТ третьей волны. Само собой разумеется, что необходимы дополни-

тельные исследования результативности арт-терапии. Тем не менее тот факт, что арт-терапевтов привлекают современные варианты КПТ, является хорошим знаком для будущего КПАТ. Поскольку практикующие психологи и последователи буддизма не сомневаются в эффективности этих практик, крайне важно, чтобы арт-терапевты продолжали изучать терапевтические компоненты практик осознанности, включенных в арт-терапию.

ПРИМЕЧАНИЯ

1. См. Кларк (2017) для полного исследования ее моделей DBT.
2. RFT – сложная теория. Читателям рекомендуется Blackledge (2003) для более глубокого изучения этих идей.
3. Для получения дополнительной информации читатели могут обратиться к Levin and Hayes (2009).

Глава 9

РАСКРЫТИЕ КПАТ ДЛЯ ПРАКТИКОВ

Через творчество клиенты могут представить себя другими.

H. Matto, J. Corcoran, & A. Fassler, 2003

В этой книге показан путь развития КПТ и КПАТ начиная с ранних теорий познания и эмоций через когнитивные аспекты творчества по эволюционной дуге от бихевиоризма до третьей волны. Приведено огромное количество информации, которая требует обработки и усвоения. Для удобства применения КПАТ при работе с различными диагностическими группами в последней главе обобщен материал и перечислены наиболее важные методы.

Но это еще не все. В этой главе я также хотела бы завершить исследование жизнеспособности КПАТ как отдельного течения и обобщить аргументацию, доказывающую несостоятельность убеждений в невозможности использования принципов КПТ в арт-терапии. Более того, я считаю, что КПАТ должна стать незаменимым, регулярно применяемым подходом в терапии с применением творчества.

Для начала я сделаю обзор нескольких наиболее существенных положений, которые выступают в качестве резюме и станут строительными блоками КПАТ.

КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ ОСНОВНЫХ ПОЛОЖЕНИЙ КПАТ

Развитие КПАТ определяют семь основных положений: 1) когнитивное развитие; 2) фокус на эмоциях; 3) философия конструктивизма; 4) ментальные образы; 5) когнитивные аспекты художественного творчества;

6) переход от бихевиоризма ко второй волне КПТ и КПАТ; 7) переход третьей волне КПТ и КПАТ.

Каждое из этих положений кратко описано далее.

Когнитивное развитие

Познание развивается из внутриличностного опыта посредством контактов с социальной средой. Эволюция обучения приводит к формированию схем. Схемы выступают строительными блоками познания, и теория развития говорит о том, что познание является конструктивным процессом. Процесс познания относится как к развитию личности, так и к тому, как развивается индивидуум в своей культуре. Когнитивное развитие является для человека адаптивным процессом (Piaget, 1952, 1954). Как и прочие виды животных, люди постоянно эволюционируют и адаптируются к вновь возникающим факторам окружающей среды.

Вторая концепция, параллельная адаптации, — это преодоление. Развитие навыков преодоления ведет к увеличению количества возможных стратегий для выживания (Bruner, 1990).

Повышение способности человека адаптироваться и справляться с трудностями является основной целью КПТ и КПАТ.

Когнитивное развитие ведет к смысловому творчеству через развитие символов. Пиаже обнаружил, что символы носят познавательный характер и прогрессируют у каждого посредством взаимодействия с окружающей средой. Символическая игра распространена в детстве и часто выявляет через подражание, что происходит в окружении ребенка, включая страхи и тревоги, которые испытывают дети в своей жизни, каждый из которых психологически важен. Работы Пиаже в области разработки теории символов укладываются в рамки КПТ и КПАТ. Пиаже определил, что символы имеют как когнитивные, так и аффективные компоненты, они также создаются посредством взаимодействия ребенка с его окружением. При этом он представлял символы как когниции, которые могут быть первичными или вторичными.

Вторичные символы имеют для арт-терапевтов особое значение. Эти символы необходимо развивать, когда затруднен процесс приспособления и слишком сильно внутреннее сопротивление. Таким образом, символы создаются для отражения внутренней борьбы (часто в форме ментальных образов); они раскрывают мыслительные процессы и ребенка, и взрослого человека и становятся частью его реальности.

Пиаже произвел революцию в теории формирования ментальных образов. Схемы как строительные блоки познания часто представляют собой ментальные образы, хранящие воспоминания. Пиаже также предположил, что развитие символов и создание произведений искусства являются познавательной деятельностью, способствующей интеллектуальному развитию.

Этот принцип подчеркивает теоретическую значимость и актуальность КПАТ. В арт-терапии рисунки клиентов отображают их схемы, и таким образом каждая схема, созданная клиентом, становится ключом к его мыслительным процессам. Поправки, сделанные в нарисованной схеме, одновременно могут изменить имевшиеся у клиента прежние внутренние схемы.

Фокусирование на эмоциях

Невозможно отделить эмоцию от познания. Оба этих понятия являются краеугольными камнями КПТ и КПАТ. Оценка ситуации происходит с помощью эмоциональной когнитивной оптики. Коппии и Сандер (2013) обнаружили, что в психотерапии наиболее важна модель оценивания эмоций, поэтому именно она часто используется в современной психологии и именно на нее опираются теоретики и терапевты КПТ при работе с эмоциями.

Из трудов Лазаруса (1968) терапевты узнали, что не сама ситуация, а именно ее оценка вызывает наиболее сложные эмоции. Для исследования и терапевтического вмешательства терапевты второй волны КПТ и КПАТ используют выявленную оценку, иными словами, то, что и как человек думает о конкретной ситуации.

В КПТ и КПАТ третьей волны в основе лечения лежит помощь клиентам в развитии сострадания и принятия их эмоциональных реакций независимо от того, насколько они иррациональны.

Философия конструктивизма

Конструктивизм выступает философской основой КПАТ, и эта философия служит пониманию того, как люди приобретают знания и создают (конструируют) их значения и оценки. Оценки конструктов строятся через мысли, воспоминания, символы и эмоции. Конструктивистские идеи основаны на теориях когнитивной психологии и когнитивной

науки и соответствуют когнитивным подходам к КПТ и КПАТ. Конструктивистская модель изучает происхождение ментальных образов, метафор и нарративов и определяет когнитивные операции, через которые становится возможным раскрытие изучаемых категорий.

Перечисленные когнитивные функции жизненно важны для понимания практики арт-терапии, чтобы во время сессии арт-терапевт смог помочь клиенту исследовать эти функции.

Конструктивистская философия и когнитивное развитие — это теории, ориентированные на будущее. В свою очередь Выготский (1936), размышляя о том, как люди задействуют воображение для представления будущего, пришел к выводу, что воображение используется для того, чтобы вспомнить прошлое, что позволяет работать с памятью и связанными с ней образами «здесь и сейчас». Таким образом, люди реконструируют прошлое именно для того, чтобы придать смысл своему опыту в настоящем моменте.

Выготский также предположил, что люди задействуют воображение и память для создания и формулирования новых идей. По словам Выготского, это свойство является уникальной человеческой способностью, недоступной для других представителей животного мира; следовательно, люди ориентированы не на прошлое или настоящее, а на будущее, поскольку они конструируют человека, которым хотят стать. Итак, в то время как психоаналитические теории говорят о прошлом, КПТ и КПАТ нацеливают своих клиентов на лучшее будущее.

Как указано в главе 1, искусство — это конструирование, деконструирование и реконструирование личных историй. То же самое можно сказать о КПАТ, где реконструкция сложных познаний, воспоминаний и образов может быть переосмыслена и перерисована. Развитие человеческой воли является одним из важнейших принципов конструктивистской философии. Свобода воли означает, что люди конструируют и определяют свои собственные понятия и свои собственные способы существования. Я предполагаю, что это положение является центральным в фундаментальной философии КПАТ. С помощью КПАТ арт-терапевт позволяет клиенту развить самоэффективность и личную свободу.

Ментальные образы

По мнению Эйснера (2002), ментальные образы следует считать одной из основных функций познания. Использование изображений в лечении является общим для бихевиоризма/КПТ и КПАТ. Прототипом для

использования образов в КПТ послужило применение образов в психодраме и гештальт-терапии. На самых ранних стадиях поведенческой терапии образы играли важную роль в систематической десенсибилизации и скрытом моделировании. Поведенческие терапевты того времени просили клиента поочередно представлять сцены, которые были либо негативными (вызывая беспокойство и страх), либо позитивными (что-то конструктивное и благоприятное для самого себя или в целом для будущего).

Как утверждал Бандура (1977), образы жизненно важны для развития самоэффективности. Размышления Бандуры об образах связаны с символическим моделированием. Это означает, что образы развиваются внутренне, а не через открытое поведенческое моделирование или подражание. Символическое моделирование приводит к развитию внутреннего самоконтроля и саморегуляции.

Мейхенбаум (1978) также обнаружил, что образы связаны с самоконтролем, переосмыслением проблем и смягчением проблемного поведения, что приводит к более успешному самосовладанию.

Сегодня образы используются в КПТ для смягчения проблемных изображений и усиления положительных впечатлений двумя способами. Первый представляет собой прямые вмешательства КПТ второй волны — это те методы, которые решают проблемы изображений простым способом (экспозиционная терапия и обработка, то есть манипуляции с изображениями). Второй способ — метод косвенных образов — входит в третью волну КПТ и терапию осознанности. В нем используются приемы обращения к ментальным образам с сострадательной точки зрения (Nackmann et al., 2011). Примеры прямого и косвенного способов овладения образами (или изображениями) обсуждались ранее.

Когнитивные аспекты художественного творчества

Искусство само по себе познавательный и конструктивистский процесс. Во время акта создания предмета искусства задействовано множество когнитивных процессов, каждый из которых способствует улучшению когнитивных навыков художника. Через творчество человек проявляет волю и решимость, отрабатывает навыки распознавания проблем и принятия решений, при этом активируются многие участки мозга.

Задача КПАТ — выявить проблемы в визуальной форме, в этом заключается один из первых этапов арт-терапии. Если попросить автора

изменить первоначальное художественное изображение, перерисовав картину с другой позиции, может быть достигнуто переосмысление прежней тревожной ситуации, изображение которой иллюстрировало проблему клиента. Пример рефрейминга предоставлен Матто и соавторами (2003), просившими подростков подумать о тех положительных качествах, которые проявились в ряде ситуаций с их неприемлемым поведением. Переосмысление ситуации помогло подросткам осознать, что у них есть и сильные стороны; эти мысли раньше никогда не приходили им в голову. Рефрейминг предоставляет возможность смягчить эмоциональный заряд изображения, показав, что его можно изменить или по крайней мере увидеть с новой стороны.

Конструктивизм имеет решающее значение для искусства, это основной и руководящий принцип для понимания механизма, как человек строит и в конечном итоге создает рисунок, живопись или скульптуру. Художники — рожденные конструктивисты.

Переход от бихевиоризма ко второй волне КПТ и КПАТ

Переход от бихевиоризма к включению когнитивной науки и психологии в практику поведенческой терапии позволил интеграции арт-терапии в модели КПТ эволюционировать от исключительного использования поведенческих принципов, таких как перенаправление и подкрепление в рамках арт-терапии, к пониманию практики арт-терапии через объектив когнитивной психологии. Бихевиоризм, или первая волна КПТ, включал конкретные терапевтические методы для изменения поведения. Ранние терапевты КПАТ использовали методы поведения в своей практике с детьми и взрослыми с критическими проблемами, такими как психоз и интеллектуальные нарушения.

Например, Рот (1978, 1987) работала с детьми, которые страдали умственными отклонениями и психотическими расстройствами. Она применила несколько вмешательств поведенческой терапии, но к ним добавила уникальное для арт-терапии вмешательство, которое назвала формированием реальности. В этой технике использовалось формирование и закрепление поведения детей с целью оказать им помощь в освоении новых концепций и тем самым повысить ценность личностных конструкций.

Другие арт-терапевты по мере необходимости также заимствовали поведенческие методы управления, обычно в тех случаях, когда кли-

енты испытывали трудности с выполнением задания или когда у них возникали приступы, которые могли бы нанести вред им или кому-либо еще. В то же время следует сказать, что к модели поведенческой терапии большинство арт-терапевтов относились неоднозначно и далеко не всегда применяли ее в своей практике.

Неблагожелательное восприятие КПТ у арт-терапевтов начало меняться, когда такие теоретики, как Бандура (1969, 1977), Келли (1955, 1991), Мейхенбаум (1974) и Роттер (1954), в поведенческую терапию добавили когнитивную психологию и науку. В совокупности эти теоретики радикально переместили фокус терапии с понимания поведения, сформированного внешними событиями, на поведение, основанное на внутренних когнитивных процессах. Этот переход ознаменовал эволюцию от первой ко второй волне КПТ. Вторая волна КПТ вдохновила арт-терапевтов по-новому взглянуть на КПТ. Несмотря на то что до сих пор встречается восприятие КПТ как процесс чрезмерно структурированный, протокольный и ориентированный на рабочие тетради, это далеко не полная картина описываемого направления.

С помощью теории, ориентированной на внутреннюю мысль и основанной на когнитивном конструктивизме, арт-терапевты нашли свою нишу в КПТ, которая к тому времени созрела для дальнейшего развития. Начиная с Карнес (1979) и Райн (1979a, 1979b), когнитивное направление в арт-терапии стало восприниматься как ценный ресурс для расширения практики. И арт-терапия, и КПТ являются активными вмешательствами и используют эмпирические методы. Арт-терапия органично подходит для КПТ, поскольку творчество по своей сути когнитивный процесс, который использует мышление, восприятие, идентификацию и понимание эмоциональных реакций. При создании произведения искусства художник должен быть вовлечен в раскрытие мысленных образов и сообщений, в воспоминания, в принятие решений и наконец в генерирование выходов из сложных положений.

Переход к третьей волне КПТ и КПАТ

У КПТ имеются две главные цели. Первая цель включает помощь клиенту в осознании той роли, которую играют дезадаптивные мысли в поддержании его неадекватного поведения, а вторая заключается в обучении клиента мониторингу своих собственных мыслительных процессов. ● обе эти цели служат основными задачами и для терапевтов третьей волны КПТ, которые обучают клиентов осознанности и меди-

тативным практикам с целью научить их воспринимать свои мысли и контролировать свое мышление.

Кроме того, основные постулаты буддийской психологии параллельны поведенческим и когнитивным принципам КПТ. Например, в начале 1950-х годов Альберт Эллис обнаружил общие черты между рационально-эмотивной терапией и буддийскими практиками; в частности, и те и другие предлагают людям подвергнуть сомнению свои убеждения. И те и другие используют похожие методы для того, чтобы помочь людям жить рациональной жизнью.

Метапознание — важная концепция как КПТ, так и осознанной практики медитации. Проще говоря, метапознание — это осознание не только того, ЧТО человек думает, но и КАК он думает. Метапознание является ключевым навыком в КПТ, поскольку с помощью него можно изменить свои ошибочные и проблемные мысли и убеждения. В осознанности человек узнает, что эти проблемные мысли и чувства являются преходящими событиями, не обязательно основанными на реальности, это просто конструкции его собственного сознания.

Осознанная медитация параллельна метапознанию, она помогает человеку контролировать собственное мышление. Осознанные практики помогают клиенту стать менее осуждающим по отношению к своим мыслям и более восприимчивым к своим внутренним процессам. Осознанность улучшает внимание и концентрацию, что также является целью КПТ. Другие когнитивные корреляты осознанных практик включают решимость, сдержанность, сосредоточение и бдительность.

Практикующие КПАТ третьей волны используют вовлечение в искусство, чтобы подчеркнуть внимание к текущему моменту, тщательно исследуя, как человек в это время себя чувствует, что думает, как коммуницирует, сочетая навыки осознанности с упражнениями арт-терапии. Концепция DBT, используемая Хаквилл и Лирмонт (2009), представляет собой баланс между принятием и изменением — принятием того, что происходит здесь и сейчас, и принятием того, что все изменится. По словам Лоренцо де ла Пена, терапевты КПАТ третьей волны обычно практикуют небольшую медитацию перед началом сессии. Их подход заключается в том, чтобы принимать клиентов такими, какие они есть, и не осуждать. Кроме того, в КПАТ третьей волны клиент одновременно должен почувствовать себя принятым терапевтом и тем не менее признать, что лечение включает в себя программу изменений. Этот сложный баланс может быть частью процесса творчества, когда по его завершении могут произойти неприятные случайности (например, уничтожение песочной картины).

Резюме

КПАТ построена на прочных философских и теоретических принципах. Представленные выше идеи убедительно обосновывают подобный подход к арт-терапии. Арт-терапия особенно подходит для когнитивно-поведенческой терапии, потому что творчество — это изначально когнитивный процесс, который использует мышление, восприятие, а также выявление и понимание эмоциональных реакций. При создании произведения искусства художник должен участвовать в нескольких познавательных процессах, в том числе в раскрытии мысленных образов и сообщений, воспоминаниях, принятии решений. Будь то рисование или лепка, создание произведения искусства включает в себя возникновение мгновенной обратной связи и постоянное усиление (подкрепление) желательного поведения. Каждый мазок кистью может предлагать или продвигать дальнейшие действия (обратную связь), а также радовать (усиливать) художника.

Творчество означает, что происходит реальная запись внутренних процессов. Имеющаяся конкретная запись может быть обсуждена, изменена и переписана до состояния полной удовлетворенности ею. Это может также использоваться для переработки воспоминаний о прошлых неприятных событиях или как напоминание о приятных эмоциональных переживаниях.

Перечисленные выше семь принципов являются убедительными аргументами для доказательства применимости КПАТ в ходе работы с большим количеством клиентов многих диагностических групп. Теоретические положения обоснованы и включают в себя такие широкие понятия, как психология развития, природа образов, когнитивная наука и философия конструктивизма.

Практика поведенческой и когнитивно-поведенческой терапии постоянно развивается. Из-за приверженности к масштабным исследованиям каждый эволюционный шаг основан на большом объеме эмпирических данных. Вслед за КПТ также эволюционировала КПАТ — от раннего включения в арт-терапию поведенческих практик, затем до добавления когниций в терминах КПТ второй волны (что привело к пониманию ценности образов и художественного творчества) и далее включила практики осознанности КПТ третьей волны. Методы КПАТ для различных диагностических групп рассматриваются ниже.

ПРАКТИЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ КПАТ

Для нескольких диагностических групп КПАТ-подходы к терапии оказались очень полезны. В этом разделе я собрала методы использования арт-терапии для шести диагностических групп: 1) ПТСР; 2) тревожные расстройства; 3) депрессия; 4) психотические расстройства; 5) поведенческие и эмоциональные расстройства; 6) хронические заболевания и медицинские состояния (см. табл. 9.1, с. 283–290).

ПТСР

КПТ совместно с арт-терапией часто оказываются предпочтительным выбором для людей с диагнозом ПТСР. Поскольку переживания травмы сохраняются в памяти клиента в виде ментальных образов, в терапию полезно включить всплывающие образы. Например, используя метод переписывания образов, терапевты КПТ применяют всплывающие травмирующие изображения в сочетании с вербальной практикой. КПАТ-терапевты имеют преимущество перед КПТ-терапевтами, так как наряду со словесными протоколами могут вводить дополнительные протоколы арт-терапии.

Протокол повествования (нарратива) о травме Ганта и Тиннина (2007) переводит тревожные воспоминания о травме в серию нарисованных изображений, и эти отпечатки памяти можно использовать для подробного рассказа о травмирующем событии. Первоначально это делает пациент, затем терапевт использует рисунки события, чтобы самому пересказать травмирующую историю, говоря в прошедшем времени (этим он показывает пациенту, что инцидент произошел в прошлом и больше не является частью текущего опыта). Этот процесс дистанцирует пациента от прошлой травмы. Несколько других арт-терапевтов также использовали подобные вмешательства. Например, Кэмпбелл и соавторы (2016) применили для переживших травму ветеранов процесс рисования шести связанных с боем рисунков, выполненных во временной последовательности, начиная с события, предшествующего травме, и заканчивая рисунком безопасного места (см. рис. 6.27).

Уокер и соавторы (2016) представили проект создания маски для ветеранов с черепно-мозговой травмой и ПТСР. Созданная пациентом маска имела окровавленное лицо, дублирующее повторяющееся навязчивое воспоминание об инциденте, произошедшем во время боевого события. Маска вызывала у больного беспокойство и мешала спать,

поэтому терапевт предложил сделать коробку, в которую можно было поместить изготовленную маску (см. рис. 6.16 и 6.17). Когда маска помещена в безопасное место (контейнер) и находится вне поля зрения, пациент может сам контролировать, когда открывать коробку и доставать маску, а когда прятать ее обратно. С появлением возможности собственного контроля навязчивость и связанное с ней тревожное беспокойство с течением времени уменьшились.

Используя модель терапии принятия и ответственности (АСТ), Бакос и Маццео (2017) также создали программу для ветеранов боевых действий. Они включили арт-терапию в каждый из шести модулей АСТ. В их модели простые, структурированные художественные материалы считались наиболее полезными, поскольку ими было легко управлять. Также было введено использование противоположностей. Например, они попросили ветеранов сравнить и сопоставить художественный опыт свободного выбора с более структурированным, заранее написанным сценарием. Еще одним творческим вмешательством были созданные ветеранами монстры и другие мобильные страшилища.

Пифало (2007) работала с перенесшими травму детьми и обнаружила положительное терапевтическое действие процесса выявления чувств, сопутствующих травматическому событию. Используя коробки, она просила своих клиентов помещать изображения и описания сложных чувств внутрь них, а чувства, которые можно было спокойно показать другим, располагать на крышке коробки. Пифало также рекомендовала составлять проект дорожной карты жизни ребенка, что может помочь переработке травматических воспоминаний и тем самым оказать действенную помощь наведения порядка в хаосе господствующей вокруг ребенка жестокой жизни.

Тревожность

Тревога и стресс сопровождают ПТСР, но тревожность сама по себе является расстройством. Работа с клиентами, испытывающими тревогу, — сложная задача, поскольку тревожные расстройства обычно начинаются в детстве и могут длиться всю жизнь.

Моррис (2014) проводила КПАТ с двумя пациентами: у одного наблюдалось паническое расстройство и агорафобия, у другого — генерализованное тревожное расстройство. В обеих диагностических группах она увидела целесообразность применения КПАТ. Моррис уточнила, что *«с помощью арт-терапии люди с паническим расстройством, агорафо-*

бий и генерализованным тревожным расстройством получают возможность буквально создать свой собственный образ страхов и обнаружить нужные им решения» (с. 120). Ее протокол включал систематическую десенсибилизацию, когнитивную реструктуризацию и арт-терапию, которые совместно могут помочь клиенту бросить вызов своим иррациональным убеждениям и выявить, какие взгляды ошибочны. Во-первых, Моррис предложила клиентам изобразить мысли о своих беспокойствах с помощью коллажей. Коллаж использовался для выявления проблемных когниций, связанных с переживаемой тревогой. Следующий шаг состоял в том, чтобы клиент перечислил выявленные когниции и оценил их от самых простых в его переживаниях до самых сложных. Выбрав одну когницию, которая обладала наименьшим эмоциональным зарядом, Моррис помогала клиенту сначала поставить под сомнение ее точность, а затем нарисовать к ней иллюстрацию, скорректированную в соответствии с новой информацией, полученной в результате обсуждения и обдумывания. Через процесс рисования происходило закрепление вновь сформированного и более реалистичного познания (см. рис. 6.5).

Сарид и Гусс (2010) использовали КПАТ для смягчения острых стрессовых расстройств. Они описали взаимодействие с двумя клиентами, которым работа с изображениями принесла пользу. Это уменьшило стрессовое воздействие навязчивых изображений, возникших после травмирующих инцидентов. Одного клиента они попросили сначала рассказать про событие, потом переосмыслить его и выявить наиболее сложный аспект травмы. Клиент назвал пугающие воспоминания о своих громких криках. Результатом идентификации громких криков стало вмешательство, во время которого клиент воображал, что он выключает звук собственных криков. Эта техника является примером определения «горячей точки» и использования умственных и звуковых образов для уменьшения эмоционального воздействия травмы.

Аналогичная методика была использована с женщиной, которая попала в аварию на велосипеде из-за того, что не заметила преграду на своем пути. Сначала ее попросили нарисовать аварию, изобразив при этом большой черный объект. Она рассказала о своей глупости, из-за которой не заметила такой большой камень. Чтобы смягчить внутренние негативные диалоги в свой адрес, ее попросили с помощью разных цветов изобразить на этом же рисунке другие свои качества. Добавив цвета, женщина увидела, что у нее имеется множество положительных свойств, которые уменьшили тревожное воздействие первоначального рисунка. Она также сообщила, что черный цвет на самом деле даже оттенил позитивные цвета.

Цеттлер работала с 14-летней Мэгги, страдающей генерализованным тревожным расстройством, которой казалось, что у нее имеется мало возможностей влиять на свою собственную жизнь. Чтобы дать шанс проявиться ее самостоятельности, Цеттлер попросила Мэгги перечислить положительные качества ее любимого животного. Затем Мэгги поручили создать медведя из глины и среду обитания для него. Среда обитания медведя включала в себя еду, воду и дом (см. рис. 6.22). Для взрослых Цеттлер представила проект создания монстра тревоги (см. рис. 6.23). Глиняный монстр вывел наружу тревожные чувства женщины и одновременно предоставил ей власть над своим эмоциональным состоянием. После того как было создано безопасное место для монстра в виде специального контейнера, женщина также научилась избавляться от тревоги во время приступов.

Депрессия

Ранней и важной областью исследований КПТ, наряду с тревогой, было лечение людей с депрессией. В частности, Бек и соавторы (1979) разработали специализированный протокол с целью помочь людям с этим расстройством получить контроль над искаженными когнициями и частыми внутренними диалогами самих с собой, которые в конечном итоге приводили к серьезным депрессивным состояниям.

Осознание возникающих эмоциональных состояний и выявление иррационального мышления могут обуздать приступ депрессии. Выше я описала терапию Карен, чей депрессивный эпизод спровоцировал попытку самоубийства. Она поняла, что распознавание и понимание своих эмоциональных состояний ранее ускользало от нее. С помощью применения психологии личностных конструктов (РСП) Райн и рисунков состояний своего настроения Карен выявила у себя несколько непростых чувств. Она даже смогла связать появление проблемного чувства с возможным наступлением депрессивного состояния. В случае Карен тревожность была ключевой эмоцией, которая обычно запускала депрессию. В этом нет ничего необычного, так как между тревогой и депрессией существует прямая связь.

Работая с девушкой-подростком с легкой формой депрессии (циклотимией), Цеттлер попросила вообразить качества какого-либо животного и создать маску, которая представляла бы ее истинное «Я» (а не то, которое обычно видят другие люди) (см. рис. 6.21). Задание должно было помочь пациентке развить самоосознание. Девушка сделала

маску ворона и с удивлением сказала, что у нее есть такие качества, как возраст, мудрость, а также озорство.

Когнитивная терапия на основе осознанности (МВСТ) выросла из необходимости помогать людям с рецидивирующей депрессией. Лечение КПТ некоторое время работало, но иногда депрессия возвращалась. Третья волна КПТ сосредоточена на децентрации и профилактике рецидивов. Центральной особенностью МВСТ был переход от видоизменения депрессивных и иррациональных мыслей к пересмотру клиентами своего отношения к этим искаженным познаниям. Такой процесс называется децентрированностью и помогает клиентам принять ошибочное познание как часть их самих. Кроме того, клиентов учили, что наличие каких-либо негативных мыслей само по себе не означает, что они находятся в депрессии.

Один из способов, позволяющих КПАТ-терапевтам включить МВСТ в практику арт-терапии, — первоначально попросить клиентов нарисовать их тревожные познания и чувства (как это было сделано с Карен). Затем терапевт просит клиентов отслеживать моменты, когда у них возникают подобные мысли, и использовать альбом для создания рисунка о событии, вызвавшем эти мысли.

Во время занятий творчеством клиентов призывают следить за своим дыханием и не отвлекаться на посторонние мысли, то есть быть в фокусе момента.

В рамках еще одной техники клиент должен нарисовать, каково это — чувствовать себя в безопасности или безмятежности. Когда появляются депрессивные мысли, клиент использует безопасный рисунок как подсказку (копинг-карточка), что нужно применить расслабляющее дыхание или сконцентрироваться. Рисунок безмятежности, сделанный Карен, служил ей напоминанием о том, что ее мысли и чувства были лишь преходящими событиями (см. рис. 6.13). Она позволила себе осознать свои чувства, но не запаниковать, что теперь она неизбежно погрузится в депрессию.

Основные психические заболевания

Общие положения практики арт-терапии

Арт-терапевты, работающие в психиатрических учреждениях, давно и плодотворно используют КПАТ как часть своей практики. Побуждение, укрепление, создание структуры, обеспечение ориентации на реальность и использование творческих решений для формирования

адаптивного поведения и решения проблем являются стандартными атрибутами КПАТ.

Ориентация на реальность может быть достигнута при создании пациентами рисунков обыденных предметов или природных объектов (таких как цветы или деревья) в противовес более сложным композициям. Частью лечения людей с подобными расстройствами является борьба с искаженным мышлением и содействие эмоциональной регуляции, что одновременно служит стимулированию развития стрессоустойчивости. Используя подход ДПАТ, арт-терапевт также должен быть особенно внимательным к проявлениям необычного поведения и нестройного, распыляющегося мышления клиента, используя их как средства, позволяющие подойти к решению сложной задачи по выявлению искаженных когнийций и ослаиванию проблемного поведения.

Прежде чем пригласить пациентов в свой кабинет, арт-терапевты должны организовать пространство и определиться с видами художественных материалов. Следует особо подчеркнуть, что для применения КПАТ в психиатрических учреждениях внимательное отношение к обстановке будет способствовать терапии. Тематическое исследование, представленное Хаквилл и Лермонт (2009), является наглядным примером вовлечения пациента в арт-терапевтический процесс с помощью изменения терапевтической среды. Пациентку беспокоила вероятность возникновения беспорядка, и арт-терапевты специально для нее поместили под бумагу для рисования пластиковые листы и разрешили ей надеть резиновые перчатки, чтобы она не испачкала руки. Логика подобных действий заключалась в том, что если они примут ее требования, пациентка будет заниматься арт-терапией и в конечном итоге появится возможность достижения положительных результатов, которые иным способом достичь бы не удалось.

Драсс (2015) особо подчеркнула важность продуманной организации пространства студии арт-терапии, что, по ее мнению, будет содействовать наведению порядка в хаотичном внутреннем мире пациентов. Чтобы способствовать успеху пациентов в группах арт-терапии в большой государственной больнице, Лоренцо дела Пена (2016) тщательно планировала каждый сеанс с фиксацией конкретных целей и поэтапным планом каждого сеанса. Также она тщательно подбирала все используемые во время терапии художественные материалы. На одной из первых сессий Лоренцо де ла Пена предлагала пациентам внимательно ознакомиться со всем, что будет применяться в дальнейшей творческой работе. По ее словам, это было одним из используемых ею терапевтических вмешательств, так как изучение свойств и возможностей разнообраз-

ных материалов с различными текстурами и цветами являлось частью дальнейшей терапии. Также она считала важным побуждать клиента использовать простые линии и разнообразные цвета, чтобы он сосредотчился на самом творческом процессе, а не на конечном продукте. Эти упражнения во многом способствуют возникновению телесной и сенсорной чувствительности.

ДПАТ и осознанность — дополнительные подходы к работе с людьми с хроническими психическими заболеваниями. Неквольф и соавторы (2014) рекомендовали соединить вместе угрожающие и безопасные изображения, чтобы помочь пациентам понять, что два противоположных чувства могут одновременно соседствовать в одном и том же пространстве рисунка. Херринг (2014) предложил несколько арт-терапевтических упражнений ДПАТ, таких как сканирование тела и рисунки своего дыхания.

Простые, ограниченные во времени упражнения на заземление и осознанность чрезвычайно ценны для этой группы населения, к примеру упражнения на наблюдение (*«обратите внимание на все, что касается этого дерева, и только потом можете его нарисовать»*).

Поведение и эмоциональные расстройства

КПАТ для людей с неадекватным поведением и другими эмоциональными расстройствами сосредоточивается на переоценке плохо разработанных схем, ошибочных мыслей и иррациональных эмоциональных реакций. Поскольку каждая мысль уникальна и создана клиентом, первым шагом является оценка или выявление иррационального мышления и исследование того, каким образом возникли проблемные эмоциональные реакции. В этом процессе могут помочь инструменты оценки психологии личностных конструктов (РСП). Любой инструмент РСП должен быть разработан для конкретной популяции и определенной возрастной группы. Например, Равенетт (2005), чтобы определить, как ребенок воспринимает реакции других людей на свое поведение, использовала инструмент РСП — дети нарисовали детские лица, выражающие различные эмоциональные состояния (например, безразличный, умный, непослушный и т. д.) (см. рис. 4.5). Также полезно использовать рисунки противоположностей (например, «следовать правилам» и «нарушать правила»). Взрослые могут справиться с более сложными заданиями для оценок РСП, разработанными Келли (1955/1991) и Райн (1979а, 1979b). Эти оценки помогают выявить проблемное мышление и/или

чувства, которые в дальнейшем можно использовать для определения мишенной терапии.

Проблемы с поведением возникают во многих ситуациях. Для идентификации триггера полезно воссоздать ощущение, как человек себя чувствовал и что переживал в тех ситуациях, в которых возникало подобное поведение. Это можно проследить по художественным работам, в основе которых лежат эмоциональные состояния, возникавшие ранее в той обстановке, в которой проявлялось проблемное поведение. Например, Скотт рисовал картины о том, что в школе над ним издеваются. Он описал ситуацию в три этапа: что первоначально происходило в классе, как это происходило и какова была его ответная реакция.

Последующие вмешательства КПАТ при терапии расстройств поведения связаны с решением проблем. Иногда решение проблем прорабатывается напрямую, как в случае со Скоттом («что бы ты сделал, если бы...?»). В других случаях могут использоваться метафоры, как при работе в условиях тюрьмы. Так, Гуссак (2009) для повышения сложности задания для заключенных по созданию скульптур предоставил только белую офисную бумагу и ленту. Выполнение этого задания потребовало большой креативности и ориентированного на решение мышления, особенно когда на втором этапе группу попросили соединить отдельные работы всех члснов группы в единую композицию.

Самозффективность и расширение возможностей — две дополнительные цели, которые следует иметь в виду при работе с людьми с проблемными расстройствами поведения.

Часто разрушительное или деструктивное поведение является результатом чувства неполноценности или перенесенного или воображаемого унижения. Формирование адекватного чувства партнерства имеет решающее значение для практики КПАТ. Это достигается путем выделения сильных сторон и последующего рефрейминга сложного поведения, чтобы использовать в нем найденные положительные характеристики, как это сделала Матто с соавторами (2003) для подростков, употребляющих психотропные вещества. Часто дает эффект воздействие с помощью метафор. Упражнения с управляемыми образами оказались полезны Скотту при поиске внутренних ресурсов для решения проблем.

Снижение стресса

Кабат-Зинн (1982) впервые применил КПТ третьей волны (или снижение стресса на основе осознанности, MBSR) для смягчения острого

и хронического стресса у пациентов больниц. Использование осознанности и медитации в настоящее время считается обычным методом для снятия стресса и боли. Арт-терапия также использует в медицинских учреждениях третью волну КПАТ.

Предпосылкой использования КПАТ для снятия стресса является возможность с помощью вовлечения в творческий процесс повысить концентрацию на настоящем моменте и помочь участникам сосредоточиться на том, что происходит вокруг них. Простые художественные упражнения, такие как рисунок ритма дыхания, сканирование тела, осознанные рисунки и регулярные упражнения по ведению дневника, помогают улучшить навыки саморегуляции и преодоления трудностей. Айсис (2014), которая училась у Кабат-Зинна, предложила восьминедельную программу арт-терапии для снятия стресса; каждая неделя была тематической. В дополнение к сканированию тела и ритмическому дыханию она разработала правила отклика на истории и рисунки социального содержания.

Стрессу на рабочем месте посвящена программа арт-терапии, созданная Виснолой и соавторами (2010). Их программа КПАТ началась с перечисления разных эмоций и того, где эти чувства находятся в теле. Затем члены группы определили стрессовые ситуации на работе и разработали методы преодоления трудностей и решения проблем. Для когнитивной перестройки авторы попросили членов группы нарисовать свои чувства под музыку, а затем написать рассказ по своей картине. Другая важная работа заключалась в том, чтобы участники определили источники удовлетворения на рабочем месте и затем нашли ресурсы, с помощью которых они смогут справиться с рабочими ситуациями. Чтобы закрепить то, что они узнали, участники создавали мандалы и другие позитивные Я-символы.

Рак и хронические заболевания

КПАТ третьей волны для людей с хронической болью, раком и другими хроническими заболеваниями чаще всего основана на терапии осознанности (MBSR) Кабат-Зинна. Например, Монти и соавторы (2006) разработали на основе MBSR протокол восьминедельной программы КПАТ для людей с онкологическими заболеваниями. По словам Петерсон, которая входила в исследовательскую группу в качестве арт-терапевта, введение творчества в эту программу началось с тщательного изучения подходящих художественных материалов (MEAM).

Петерсон поставила себе задачу, чтобы занятия были ограничены по времени и основаны на запросах больных. Простые художественные упражнения подготовили пациентов к практике медитации. Другие упражнения КПАТ включали в себя сканирование тела для выявления боли в теле, использование противоположных конструктов для изучения приятных/неприятных событий, а также создание целительного места. Петерсон (2015) ввела для своих пациентов дополнительное отвлекающее вмешательство. Пациенты должны были ходить по больнице и фотографировать свои наблюдения и сцены, которые в момент прогулки имели какое-то значение для них. Затем снимки использовались в дальнейшей художественной работе, чтобы помочь больным усовершенствовать свой опыт осознанных наблюдений.

Хотя Петерсон разработала эту методику арт-терапии для людей с раком, она подходит для людей с широким спектром хронических заболеваний.

Синтез

Главной целью КПТ является повышение самоконтроля и самоэффективности клиента для достижения им возможности совладания и адаптивности (Bandura, 1997).

Для взрослых КПАТ ослабляет силу травмирующих образов, пересматривает ошибочные и проблемные когниции, уменьшает поведенческие проблемы, повышает осведомленность о триггерах, которые приводят к самоповреждению или социально неприемлемому поведению, и тем самым улучшает локус контроля. КПАТ также помогает достичь сосредоточенности и осознанности, чтобы изменить значение иррациональных мыслей. Наконец, КПАТ может улучшить стратегии выживания и привести к выработке рациональных решений.

КПАТ для детей усиливает поведенческий самоконтроль, уменьшает воздействие жестокого обращения, смягчает последствия издевательств и повышает самоэффективность — все это имеет большое значение для развития ребенка. Вместо того чтобы постоянно зависеть от взрослых или от окружения, дети могут научиться понимать нюансы собственного поведения и найти способы управления им.

Для людей всех возрастов повышение самоконтроля может привести к лучшему личному выбору и свободе, а личная ответственность — к большему удовлетворению своей осознанной и имеющей смысл жизнью.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

КПАТ жива и в добром здравии. Литература по арт-терапии изобилует иллюстрациями вмешательств КПАТ. Есть много интересных и специфических процессов КПАТ, которые применяются арт-терапевтами. Авторы, возможно, не всегда идентифицируют свой подход как КПАТ, но ясно, что многие из описанных в литературе интервенций арт-терапии основаны именно на КПТ.

Один из способов понять, насколько важна КПАТ для нашей области, — читать литературу по арт-терапии через призму КПАТ, изучать и находить ключевые термины, такие как снижение стресса, решение проблем, регулирование эмоций, развитие самоофективности, изменение восприятия, преодоление трудностей и разработка адаптивных стратегий (Rosal, 2016b).

Констатация того факта, что КПТ занимает центральное место в практике арт-терапии, важно и своевременно. Например, КПАТ в настоящее время признана эффективным компонентом лечения ПТСР. Огромный рост числа вариантов лечения ПТСР в последнее время набирает обороты из-за увеличения количества ветеранов, возвращающихся с войны в Афганистане и Ираке с симптомами травмы, а также из-за возобновления внимания к социальным проблемам, таким как физическое и сексуальное насилие в детстве и последствия торговли людьми.

Лечение ПТСР включает в себя многочисленные подходы КПТ, в том числе десенсибилизацию, преодоление, выявление и реактивацию положительных эмоций и повышение самоофективности (Collie, Backos, Malchiodi, & Spiegel, 2006). Эти авторы высказали предположение, что арт-терапия повышает шансы на успешное лечение ПТСР; безусловно, другие арт-терапевты согласны с этой точкой зрения (Charman et al., 2001; Pifalo, 2002, 2007; Rapkin & Taucher, 2003). Чтобы уменьшить воздействие травмы, многие арт-терапевты используют новейшие методы когнитивно-поведенческой терапии, в том числе когнитивную реструктуризацию, рескриптинг образов, осознанные и медитативные практики.

Сарид и Гусс (2010) сравнили принципы КПТ с принципами арт-терапии. Они обследовали двух человек с травматическим стрессом и тревогой и обнаружили, что оба способа обеспечивают безопасное пространство для изучения сенсорных переживаний, модулирования травматических воспоминаний, создания новых познаний и улучшения *«потенциала создания новых связей и путей между физическим,*

эмоциональным и когнитивным компонентами травматической памяти» (с. 10). Авторы были удивлены, обнаружив, что два, казалось бы, разных подхода (КПТ и КПАТ) включают параллельные компоненты, в том числе «регуляторные процессы, которые уменьшают тревогу и негативные эмоциональные реакции путем ингибирования выброса кортизола в гипоталамус» (с. 11). Эти авторы выдвинули гипотезу, что КПТ и арт-терапия для снижения стресса используют одинаковые комплексные методологии, в связи с чем имеют сходные результаты — таким образом и та и другая терапия помогают «перестройке воспоминаний в более позитивные образы» (с. 11).

КПАТ также совместима с арт-терапией в школах (особенно для учеников с нарушениями поведения (Rozum, 2001) и в учреждениях уголовно-исполнительной системы (Breiner et al., 2011). В этих двух сферах рост позитивного, просоциального поведения ценен как для клиентов, так и для их окружения. У клиентов развиваются чувства личного успеха и самооффективности, и эти вновь приобретенные установки могут стать более безопасными для их окружения и более продуктивными для них самих.

В настоящее время имеются веские аргументы, доказывающие силу КПАТ. Следует еще раз подчеркнуть, что КПАТ не отрицает важности сенсорных и эмоциональных факторов арт-терапии. Она использует суть этих концепций для предоставления новых и адаптивных моделей мышления, поведения, решения проблем и стратегий преодоления.

Сфера деятельности КПАТ — визуализация и переосмысление стрессовых, травмирующих, тревожных мыслей, действий и событий. Я полагаю, что арт-терапевты принимают концепции КПАТ, обсуждаемые не только в этой книге, но и в другой литературе, посвященной КПАТ. Понимание, использование и переосмысление конструкторов КПАТ принесет пользу нашим клиентам на долгие годы.

Таблица 9.1. КПАТ-техники для различных диагностических групп

Диагностическая группа	Автор(ы) и дата	Симптош-мишень	КПАТ-техника	Результат
ПТСР	Гант и Тиннин (2007), Кемп-белл (2016)	Повторяющиеся воспоминания о травмах	Интенсивное лечение травм; ¹ один рисунок каждого аспекта травматического события	Повторно представляет историю травмы от третьего лица; обеспечивает отражательную дистанцию; уменьшает влияние травмы
	Уокер и соавт. (2016)	Проблемные травмы	Маска повторяющегося изображения лица; создать коробку для мешающей маски для лица	Экстернализует образ испуга; обеспечивает безопасное место для изображения; способствует контролю над изображением
	Бако си Маццео (2017)	Необходим контроль	Знакомые художественные материалы: маркеры, коллажи и т. д.	Получает чувство порядка и контроля
		Связаться с настоящим моментом	Мандалы на каждой сессии: просьба быть внимательным во время каждого художественного опыта	Создает спокойное внимание к настоящему

¹ Интенсивное лечение травм (ИТ) теперь называется моделью лечения инстинктивной реакции на травму – Instinctual Trauma Response (ITR) и требует дополнительной подготовки с Ганттом и его коллегами.

Таблица 9.1 (Продолжение)

Диагностическая группа	Автор(ы) и дата	Симптом-мишень	КПАТ-техника	Результат
		Нежелательные болезненные воспоминания	Экспозиция в воображении; создать картину памяти	Экстернализует память для принятия и контроля
		Выявить искаженные мысли	Директива «Монстр в автобусе»	Экстернализует искаженные познания
		Определить ценности	Ценности мобильные	Выявление и интеграция важных и позитивных убеждений
	Пифало (2007)	Выявить позитивные и пугающие чувства	Коробка чувств внутренних и внешних эмоций	Защищает сложные эмоции; усиливает контроль над чувствами
		Уменьшить хаотичные воспоминания	Дорожная карта травматических событий	Наводит порядок в трудном и хаотичном детстве
Тревожные расстройства	Мамс (2013)	Создание приоритета когнитивных искажений	Коллаж когнитивных искажений, ранжирование от наименьшего к наиболее сложным искажениям, обсуждение от наименьшего к реструктуризации; картина когнитивной реструктуризации	Исправляет когнитивные искажения и укрепляет реалистичные мыслительные процессы

Диагностическая группа	Автор(ы) и дата	Самостоятельная цель	КПАТ-техника	Результат
	Сарид и Гус (2010)	Навязчивые воспоминания	Воображаемый обзор стрессового события и выявление «горячих точек» проблемных воспоминаний	Понижает громкость своих криков в воспоминании о тревожной ситуации
		Гнев на себя; отрицательный разговор с самим собой	Нарисуйте препятствие и используйте различные цвета, чтобы выразить позитивные аспекты себя	Уменьшает негативные разговоры с собой и развивает положительные качества
	Цеттлер (личные записи, 5 августа 2017 года)	Самоконтроль над беспокойством	Создайте монстра беспокойства и контейнер для тревожных чувств	Увеличивает контроль над тревожными чувствами
Депрессия	Росал (2001)	Улучшить понимание состояния чувств	Личностный конструкт оценки состояния настроения	Повышает осведомленность о чувствах и эмоциональных триггерах, улучшает понимание того, что эмоции проходят так же, как сами события
		Справиться с печальными событиями и связанными чувствами	Художественный журнал ежедневных стрессовых событий с выявлением чувств	Повышает возможности справиться с ежедневным стрессом

Таблица 9.1 (Продолжение)

Диагностическая группа	Автор(ы) и дата	Симптом-мишень	КПАТ-техника	Результат
		Трудные моменты как спусковой механизм нисходящей спирали	Нарисуйте безопасные места и выражение спокойствия и безмятежности (использовать в качестве стимула для разрушения угрозы)	Увеличивает способность справляться с трудностями и улучшает способность к самоуспокоению
	Цеттлер (личные записи, 5 августа 2017 года)	Низкая самооценка	Определить животное силы; создать маску животного, представляющего истинное «Я»	Определяет сильные стороны и другие атрибуты себя
Серьезные психические заболевания	Хаквилл и Лермонт (2009)	Беспокойство по поводу участия в арт-терапии	Приспособьте запрос пациентов, чтобы сделать окружающую среду безопасной	Увеличивает участие и повышает безопасность
	Кларк (2017)	Сложность с интеграцией навыков DBT ¹	Коллажи и различные медиа	Усиливает навыки DBT, необходимые для лечения
	Хекволф и соавт. (2014)	Эмоциональное регулирование	Соедините образы безопасности с изображениями эмоциональной суматохи	Повышает осознание того, что безопасные и пугающие изображения могут занимать одно и то же пространство

¹ Кларк (2017) предоставил исчерпывающий список арт-терапевтических вмешательств, используемых для усиления навыков DBT.

Диагностическая группа	Автор(ы) и дата	Симптом-мишень	КПАТ-техника	Результат
	ФонДалер и Шванбек (2014)	Замена поведения	Запросите, чтобы клиент использовал художественное выражение вместо того чтобы заниматься проблемным поведением	Создает адаптивные модели поведения и новые нейронные пути
	Драсс (2015)	Хаотичный внутренний пейзаж	Структурируйте среду арт-терапии, чтобы она была упорядоченной и опрятной	Поощряет развитие менее запутанного внутреннего ландшафта
		Неограниченные эмоции	Создавайте самодельные книги мудрости или 3D-коллажи, чтобы ответить на вопросы о себе	Повышает чувство самоидентификации
		Трудно справляться со стрессом	Корзины терпимости бедствия	Развивает способность к самоуспокоению и заземлению
	Лоренцо де ла Пена (2016)	Срыв арт-терапии	Тщательно спланируйте каждый шаг сессии и каждый шаг использования арт-медиа	Улучшает эмоциональную регуляцию и уменьшает сложные эмоциональные реакции

Таблица 9.1 (Продолжение)

Диагностическая группа	Автор(ы) и дата	Симптом-мишень	КПАТ-техника	Результат
		Блуждающие мысли	Чувственные/осознанные художественные переживания, такие как картины пузыря или капли; нефигуративное искусство	Повышает внимание к художественным задачам и улучшает навыки осознанности
Поведенческие и эмоциональные расстройства	Росал (1985, 1992, 1996, 2001, 2016а), Равенетт (2005)	Плохо сформированные схемы, иррациональные мысли и эмоциональные реакции	Персональный анализ чертежей для выявления проблемных схем и процессов	Улучшает самопонимание и помогает в формировании целей терапии
	Росал (1985, 1992, 1996, 2001, 2016а)	Различное поведение проблемы зависит от настроек	Нарисуйте себя в различных ситуациях/настройках и соответствующих состояниях чувств	Раскрывает поведенческие реакции и помогает в решении проблем
		Отсутствие позитивной идентичности и силы	Образные упражнения, которые подчеркивают принятие решений и преодоление препятствий	Повышает самооценку и самоэффективность
	Гуссак (2009)	Плохие навыки решения проблем	Создавайте скульптуры, используя только бумагу и ленту	Увеличивает способности решать проблемы

Диагностическая группа	Автор(ы) и дата	Симптом-мишень	КПАТ-техника	Результат
	Матто и соавт. (2003)	Проблемное поведение	Перефразируйте, чтобы подчеркнуть сильные стороны проблемного поведения	Улучшает понимание и выявление положительных качеств
Снижение стресса	Исис (2014)	Уменьшить влияние стресса	Линии дыхания, сканирование тела и памятные рисунки	Усиливает стратегии преодоления или снижения уровня стресса
	Виснола и соавт. (2010)	Плохое понимание эмоций	Используя контур тела, применяйте разные цвета для каждой эмоции и цвет, где эмоция находится в теле	Улучшает эмоции и осознание тела
		Дефицит понимания стрессора на работе	Нарисуйте и напишите об источниках удовлетворения и источниках стресса на рабочем месте	Увеличивает совладание на рабочем месте
		Необходимость закрепления усвоенных навыков совладания	Рисунки мандалы и позитивные символы	Укрепляет умение справляться с трудностями и приобретает навыки
Медицинские условия	Монти и соавт. (2006), Петерсон (2014, 2015)	Необходимость раскрыть адаптивные ресурсы	МЕАМ: внимательное исследование художественных медиа	Готовится к упражнениям на осознанность

Таблица 9.1 (Продолжение)

Диагностическая группа	Автор(ы) и дата	Симптом-мишень	КПАТ-техника	Результат
		Недостаток осознания тела	Сканирование тела для выявления боли и дискомфорта	Повышает осведомленность о реакции организма на болезнь
		Недостаток экологического сознания	Прохождение упражнения, чтобы узнать о больнице; использовать фотографии и коллажи для консолидации опыта окружающей среды	Улучшает чувство места и осознанность болезни и лечения

Приложение А

Репертуарная решетка и список рисунков Келли

The form consists of a grid with 20 rows and 22 columns. The columns are labeled with numbers 1 through 22. The rows are labeled with letters: M, F, S, P, M, F, M, M, M, M, M, M, M, M, M, M, M, M, M, M. Below the grid is a section for 'CONCEPTUAL GRID' with 'Constructs' and 'Items' columns. To the right is a list of 22 numbered instructions for filling out the grid.

1. Write your own name in the first blank line.
2. Write your mother's first name here. If you grew up with a stepmother, write her name instead.
3. Write your father's first name here. If you grew up with a stepfather, write his name instead.
4. Write the name of your brother who is nearest your own age. If you had no brother, write the name of a boy near your own age who was most like a brother to you during your early years.
5. Write the name of your sister who is nearest your own age. If you had no sister, write the name of a girl near your own age who was most like a sister to you during your early years.
- *FROM THIS POINT ON DO NOT REPEAT ANY NAMES. IF A PERSON HAS ALREADY BEEN LISTED, SIMPLY MAKE A SECOND CHOICE.
6. Your wife (or husband) or, if you are not married, your closest present girl (boy) friend.
7. Your closest girl (boy) friend immediately preceding the person mentioned above.
8. Your closest present friend of the same sex as yourself.
9. A person of the same sex as yourself whom you once thought was a close friend but in whom you were badly disappointed later.
10. The religious, priest, or rabbi with whom you would be most willing to talk over your personal feelings about religion.
11. Your physician.
12. The present neighbor whom you know best.
13. A person with whom you have been associated who, for some unexplained reason, appeared to dislike you.
14. A person whom you would most like to help or for whom you feel sorry.
15. A person with whom you usually feel most uncomfortable.
16. A person whom you have recently met whom you would like to know better.
17. The teacher who influenced you most when you were in your teens.
18. The teacher whose point of view you have found most defensible.
19. An employer, supervisor, or officer under whom you served during a period of your teens.
20. The most successful person whom you know personally.
21. The happiest person whom you know personally.
22. The person closest to you personally who appears to meet the highest ethical standards.

Репертуарная решетка

Источник: *The Psychology of Personal Constructs* (p. 270) by G. Kelly, 1955. Copyright 1991 by Routledge. Печатается с разрешения.

1. Впишите свое имя в первую ячейку.
2. Напишите здесь имя вашей матери. Если вы выросли с мачехой, напишите ее имя.
3. Напишите здесь имя вашего отца. Если вы выросли с отчимом, напишите его имя.
4. Напишите имя своего брата, ближайшего к вам по возрасту. Если у вас нет брата, напишите имя мальчика вашего возраста, который был бы для вас больше всего похож на брата в раннем подростковом возрасте.
5. Напишите имя своей сестры, ближайшей к вам по возрасту. Если у вас нет сестры, напишите имя девочки вашего возраста, которая была бы больше всего похожа на сестру в раннем подростковом возрасте.

НАЧИНАЯ С ЭТОГО МОМЕНТА НЕ ПОВТОРЯЙТЕ ИМЯ ЧЕЛОВЕКА, КОТОРЫЙ УЖЕ БЫЛ В СПИСКЕ. ПРОСТО ДЕЛАЙТЕ ДРУГОЙ ВЫБОР.

6. Ваша жена (или муж); если вы не состоите в браке — ваша ближайшая подруга или друг.
7. Ваша самая близкая подруга или друг, непосредственно предшествующий человеку, упомянутому выше.
8. Ваш самый близкий друг того же пола, что и вы.
9. Человек того же пола, что и вы, которого вы когда-то считали близким другом, но в котором впоследствии сильно разочаровались.
10. Служитель, священник или раввин, с которым вы больше всего хотели бы поговорить о своем отношении к религии.

11. Ваш врач.
12. Сосед, которого вы знаете лучше других.
13. Человек, с которым вы были связаны, но который по необъяснимой причине, похоже, не любил вас.
14. Человек, которому вы больше всего хотели бы помочь или которого вам жалко.
15. Человек, с которым вы обычно чувствуете себя комфортно.
16. Человек, с которым вы недавно познакомились и которого вы хотели бы узнать лучше.
17. Учитель, который повлиял на вас больше всего, когда вы были подростком.
18. Учитель, точку зрения вы не разделяли.
19. Работодатель, руководитель или сотрудник, под началом которого вы работали в период сильного стресса.
20. Самый успешный человек, которого вы знаете лично.
21. Самый счастливый человек, которого вы знаете лично.
22. Человек, которого вы знаете лично и который соответствует самым высоким этическим стандартам.

Источник: из The Psychology of Personal Constructs (p. 270) by G. Kelly, 1955. Copyright 1991 by Routledge. Печатается с разрешения.

Приложение Б

Личный шаблон рисования и репертуарная решетка Райн.

MAKE DRAWING IN THE SQUARE ABOVE

WRITE CONCEPT WORD IN THIS SPACE

WRITE 5 WORDS OR PHRASES THAT APPLY
TO YOUR EXPERIENCE OF THIS MIND-STATE

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Figure 3

Card on which drawings were made; perforated so that the words below could be detached from the drawing above.

Рисунок шаблона

Источник: *Drawings as Personal Constructs: A Study in Visual Dynamics*, (p. 114), by J. Rhyne, 1979. (Unpublished doctoral Dissertation). University of California, Santa Cruz.

Date	Name	Age	Sex	CONSTRUCT													DIMENSIONS				
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	CONSTRUCT	2	
																		1	Drawing as a whole seems vertically oriented		
																		2	Drawing as a whole seems diagonally oriented		
																		3	Drawing as a whole seems horizontally oriented		
																		4	In the drawing the dominant construct is getting outward		
																		5	In the drawing the dominant construct is getting inward		
																		6	In the drawing the dominant construct is circular		
																		7	The structure of the drawing is dynamic		
																		8	The structure of the drawing is static		
																		9	The structure of the drawing is elastic		
																		10	The structure of the drawing is inflexible		
																		11	The structure of the drawing is light		
																		12	The structure of the drawing is heavy		
																		13	The structure of the drawing is loose		
																		14	The structure of the drawing is tight		
																		15	The structure of the drawing is not repetitive		
																		16	The structure of the drawing is repetitive		
																		17	Relationships of parts in the drawing are harmonious		
																		18	Relationships of parts in the drawing are disharmonious		
																		19	The drawing is located centrally in the space		
																		20	The drawing is located around the edges of the space		
																		21	The drawing dominates the space		
																		22	The drawing seems to be closed off from space		

Персональная решетка построения для чувств/состояний разума

Список чувств: страх, депрессия, возбуждение, пассивность, агрессивность, безмятежность, беспокойство, надежда, угроза, враждебность, любопытство, вина, невинность, сумасшествие и здравомыслие.

Источник: *Drawings as Personal Constructs: A Study in Visual Dynamics*, (p. 102), by J. Rhyne, 1979. (Unpublished doctoral Dissertation). University of California, Santa Cruz.

Abbenante, J. & Wix, L. (2016). Archetypal art therapy. In D.E. Gussak & M.L. Rosal (Eds.), *The Wiley handbook of arttherapy* (pp. 37–46). West Sussex, UK: John Wiley & Sons.

Ahsen, A. (1986). Image psychology and the empirical method. In D. Marks (Ed.), *Theories of image formation* (pp. 1–46). New York, NY: Brandon House.

Anderson, F. E. (1992). *Art for all the children: Approaches to arttherapy for children with disabilities* (2nd ed.). Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Anderson, F. E. (2001). Commentary. In J. A. Rubin (Ed.), *Approaches to art therapy: Theory and technique* (2nd ed.), (pp. 254–255). New York, NY: Brunner/Routledge.

Anderson, R. C. (1984). Some reflections on the acquisition of knowledge. *Educational Researcher*, 13 (3), 5–10.

Ando, M., Kiro, H., Hayashida, S. & Ito, S. (2016). Effectiveness of mindfulness art therapy short version for Japanese patients with advanced cancer. *Art Therapy*, 33 (1), 35–40. DOI: 10.1080/0741656.2016.1128764.

Arch, J. J. & Craske, M. G. (2008). Acceptance and commitment therapy and cognitive behavior therapy for anxiety disorders: Different treatment, similar mechanisms? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(4), 263–279.

Armstrong, L. & Rimes, K. A. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy for neuroticism (stress vulnerability): A pilot randomized study. *Behavior Therapy*, 47 (3), 287–298. DOI: 10.1016/j.beth.2015.12.005.

Arnheim, R. (1969). *Visual thinking*. Berkeley, CA: University of California Press.

Arntz, A. (2011). Imagery rescripting for personality disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 466–481.

Arntz, A., Tiesema, M., & Kindt, M. (2007). Treatment of PTSD: A comparison of imaginal exposure with and without imagery rescripting. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 45–370. DOI: 10.1016/j.jbtep.2007.10.006.

Arntz, A. & Weertman, A. (1999). Treatment of childhood memories: Theory and practice. *Behavior Research and Therapy*, 37 (8), 715–740.

Azulay, J., Smart, C. M., Mott, T. & Cicerone, K. D. (2013). A pilot study examining the effect of mindfulness-based stress reduction on symptoms of chron-

ic mild traumatic brain injury/postconcussive syndrome. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 28 (4), 323–331. DOI: 10.1097/HTR.0b013e318250ebda.

Baars, B. J. (1986). *The cognitive revolution in psychology*. New York, NY: Guilford Press.

Backos, A. (2016). *Veterans with PTSD: Art therapy and acceptance and commitment therapy (ACT)*. Paper presented at the annual conference of the American Art Therapy Association, Baltimore, MD.

Backos, A. & Mazzeo, C. (2017). Group therapy and PTSD: Acceptance and commitment art therapy groups with Vietnam veterans with PTSD. In P. Howie (Ed.), *Art therapy with military populations: History, innovation, and applications* (pp. 165–176). New York, NY: Routledge.

Baddeley, A. D. & Andrade, J. (2000). Working memory and the vividness of imagery. *Journal of Experimental Psychiatry-General*, 129(1), 126–145.

Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125–143.

Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart, and Winston.

Bandura, A. (1971). Vicarious and self-reinforcement processes. In H. Glaser (Ed.), *The nature of reinforcement* (pp. 228–278). New York, NY: Academic Press.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191–215.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: Freeman.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bankart, C. R. (2003). Five manifestations of the Buddha in the west: A brief history. In K. H. Dockett, G. R. Dudley-Grant & C. P. Bankart (Eds.), *Psychology and Buddhism: From individual to global community* (pp. 45–70). New York, NY: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.

Bankart, C. R., Dockett, K. H. & Dudley-Grant, G. R. (2003). On the path of the Buddha: A psychologists' guide to the history of Buddhism. In K. H. Dockett, G. R. Dudley-Grant & C. P. Bankart (Eds.), *Psychology and Buddhism: From individual to global community* (pp. 13–44). New York, NY: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.

Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York, NY: Guilford Press.

Barry, E. S. (1982). A relaxation therapy program for hyperactive children. *Dissertation Abstracts International*, 42(10-B), 4179.

Beck, A. T. (1970). Role of fantasies in psychotherapy and psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 150, 3–17.

Beck, A. T. (1971). Cognitive patterns in dreams and daydreams. In J. A. Masserman (Ed.), *Scientific Proceedings of the American Academy of Psychoanalysis*, Vol. 19: Dream dynamics: Science and psychoanalysis (pp. 2–7). New York, NY: Grune & Stratton.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, NY: International Universities Press.

Beck, A.T. (2002). Cognitive patterns in dreams and daydreams. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16, 23–28.

Beck, A. T. & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York, NY: Basic Books.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, NY: The Guilford Press.

Benight, C. C. & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1129–1148. DOI: 10.1016/j.brat.2003.08.008

Betensky, M. (1977). The phenomenological approach to art expression and art therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 4(3/4), 173–180.

Bishop, S. R. (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosomatic Medicine*, 64, 71–84.

Blackledge, J. T. (2003). An introduction to relational frame theory: Basics and applications. *The Behavior Analyst Today*, 3(4), 421–433.

Bonny, H. & Kellogg, J. (1976). Guided imagery and music and the mandala: A case study illustrating an integration of music and art therapies. In R. H. Shoemaker & S. E. Gonick-Barris (Eds.), *Proceedings of the Seventh Annual Conference of the American Art Therapy Association* (pp. 71–75). Baltimore, MD: American Art Therapy Association.

Bowen, C. A. & Rosal, M. L. (1989). The use of art therapy to reduce the maladaptive behaviors of a mentally retarded adult. *The Arts in Psychotherapy*, 16, 211–218.

Breiner, M. J., Tuomisto, L., Bouyea, E., Gussak, D. E. & Aufderheide, D. (2011). Creating an art therapy treatment anger management protocol for male inmates through a collaborative relationship. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 56(7), 1124–1143. DOI: 10.1177/0306624X11417362.

Brodsky, B. B. & Standley, B. (2013). *The dialectical behavior primer: How DBT can inform clinical practice*. New York, NY: John Wiley & Sons.

Bruner, J. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Bugelski, B. R. (1971). The definition of the image. In S. J. Segal (Ed.), *Image-ry: Current cognitive approaches* (pp. 49–68). New York, NY: Academic Press.

Butler, K. (2001). Revolution on the horizon. *Psychotherapy Networker*, 25 (3), 26–39.

Campbell, M., Decker, K. P., Kruk, K. & Deaver, S. P. (2016). Art therapy and cognitive processing therapy for combat-related PTSD: A randomized controlled trial. *Art Therapy*, 33(4), 169–177. DOI: 10.1080/07421656.2016.1226643

Carnes, J. J. (1978). Toward a cognitive approach to art therapy. In L. Gantt, G. Forrest, D. Silverman & R. Shoemaker (Eds.), *Proceedings of the Ninth Annual Conference of the American Art Therapy Association* (pp. 91–92). Baltimore, MD: American Art Therapy Association.

Carnes, J. J. (1979). Toward a cognitive theory of art therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 6 (2), 69–76.

Chapman, L. (2014). *Neurologically informed art therapy with children and adults: Understanding the mechanisms of change*. New York, NY: W.W. Norton & Company.

Chapman, L., Morabito, D., Ladakakos, C., Schreier, H. & Knudson, M. M. (2001). The effectiveness of art therapy interventions in reducing post traumatic stress disorder (PTSD) symptoms in pediatric trauma patients. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 18(2), 100–104.

Chiesa, A. & Serretti, A. (2011). Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 187 (3), 441–453. DOI: 10.1016/j.psychres.2010.08.011.

Ciornai, S. (2016). Gestalt art therapy: A path to consciousness expansion. In D. E. Gussak & M. L. Rosal (Eds.), *The Wiley handbook of art therapy* (pp. 47–56). Chichester, UK: Wiley-Blackwell.

Clark, S. M. (2017). *DBT-informed art therapy: Mindfulness, cognitive-behaviortherapy, and the creative process*. Philadelphia, PA: Jessica Kingsley Press.

Clarkson, P. & Pokorny, M. (Eds.). (1994). *The handbook of psychotherapy*. London, UK: Routledge.

Coholic, D. A. (2011). Exploring the feasibility and benefits of arts-based mindfulness-based practices with young people in need: Aiming to improve aspects self-awareness and resilience. *Child Youth Care Forum*, 40, 303–317.

Collie, K., Backos, A., Malchiodi, C. & Spiegel, C. (2006). Art therapy for combat-related PTSD: Recommendations for research and practice. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 23(4), 157–164.

Conway, M. A. (2001). Sensory-perceptual episodic memory and its context: Autobiographical memory. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London Series B-Biological Sciences*, 356, 1375–1384.

Coppin, G. & Sander, D. (2013). Contemporary theories and concepts in the psychology of emotions. In C. Pelachaud (Ed.), *Emotion-oriented systems* (pp. 3–31). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc. DOI: 10.1002/9781118601938.ch1.

Curl, K. (2008). Assessing stress reduction as a function of artistic creation and cognitive focus. *Art Therapy*, 25 (4), 164–169. DOI: 10.1080/07421656.2008.10129550.

Dalrymple, K. L. & Herbert, J. D. (2007). Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: A pilot study. *Behavior Modification*, 31(5), 543–568. DOI: 10.1177/0145445507302037.

Darwin, C. (1872). *The expression of emotions in man and animals*. New York, NY: Philosophical Library.

Davey, G. (2013). Review of cognitive behavioural therapy in mental health care. *Asia Pacific Journal of Counselling and Psychotherapy*, 4 (1), 102–103. DOI: 10.1080/21507686.2012.741070.

De Francisco, J. (1983). Implosive art therapy: A learning-theory-based, psychodynamic approach. In L. Gantt & S. Whitman (Eds.), *Proceedings of the Eleventh Annual Conference of the American Art Therapy Association* (pp. 74–79). Baltimore, MD: American Art Therapy Association.

De Silva, P. (2005). *An introduction to Buddhist psychology* (4th ed.). New York, NY: Palgrave Macmillan.

Dewey, J. (1895). The theory of emotions: II. The significance of emotions. *Psychological Review*, 2, 13–32.

Diamond, C. T. P. (1982). Understanding others: Kellyian theory, methodology, and application. *International Journal of Intercultural Relations*, 6, 395–420.

DiGiuseppe, R. A. (1981). Cognitive therapy with children. In G. Emery, S. D. Hollon & R.D. Berosian (Eds.), *New directions in cognitive therapy: A casebook* (pp. 50–67). New York, NY: The Guilford Press.

Drass, J. M. (2015). Art therapy for individuals with borderline personality: Using a dialectic behavioral therapy framework. *Art Therapy*, 32 (4), 168–176. DOI: 10.1080/07421656.2015.1092716.

Dryden, W. & Still, A. (2006). Historical aspects of mindfulness and self-acceptance in psychotherapy. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavioral Therapy*, 24 (1), 3–28. DOI: 10.1007/s10492-006-0026-1.

D’Zurilla, R. J. & Goldfried, R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107–126.

Edwards, D. (1990). Cognitive therapy and the restructuring of early memories through guided imagery. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 4, 31–54.

Edwards, D. (2007). Restructuring implicational meaning through memory-based imagery: Some historical notes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 306–316. DOI: 10.1016/j.jbtep.2007.10.001.

Edwards, D. (2011). From ancient shamanic healing to twenty-first century psychotherapy: The central role of imagery methods in effecting psychological change. In A. Hackmann, J. Bennett-Levy & E.A. Holmes (Eds.), *Oxford guide to imagery in cognitive therapy* (pp. xxxiii–xlii). Oxford, UK: Oxford University Press.

Edwards, M. (1987). Jungian analytic art therapy. In J. A. Rubin (Ed.), *Approaches to art therapy: Theory and technique* (pp. 92–113). New York, NY: Brunner/Mazel.

Efland, A. D. (2002). *Art and cognition: Integrating the visual arts in the curriculum*. New York, NY: Teachers College, Columbia University.

Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Therapy and Research*, 38(4), 319–345.

Eisendrath, S. J., Gillung, E., Delucchi, K. L., Segal, Z. V., Nelson, J. C., McInnes, L. A., Mathalon, D. H. & Feldman, M. D. (2016). A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for treatment-resistant depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85 (2), 99–110. DOI: 10.1159/000442260.

Eisner, E. W. (2002). *The arts and the creation of the mind*. New Haven, CT: Yale University Press.

Elkis-Abuhoff, D. L. (2008). Art therapy applied to an adolescent with Asperger's syndrome. *The Arts in Psychotherapy*, 35, 262–270. DOI: 10.1016/j.aip.2008.06.007.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York, NY: Lyle Stuart.

Ellsworth, P. C. & Smith, C. A. (1988). From appraisal to emotion: Differences among unpleasant feelings. *Motivation and Emotion*, 12 (3), 271–302.

Epp, K. M. (2008). Outcome-based evaluation of a social skills program using art therapy and group therapy for children on the autism spectrum. *Children & Schools*, 30 (1), 27–36.

Epting, F. R., Gemignani, M. & Cross, M. C. (2005). An audacious adventure: Personal construct counseling. In F. Fransella (Ed.), *The essential practitioner's handbook of personal construct psychology* (pp. 113–122). Chichester, UK: John Wiley & Sons.

Fenner, L. B. (2016). Constructing the self: Three-dimensional form. In D. E. Gussak & M. L. Rosal (Eds.), *The Wiley handbook of art therapy* (pp. 154–162). Chichester, UK: Wiley-Blackwell.

Flaxman, P. E., Blackledge, J. T. & Bond, F. W. (2011). *Acceptance and commitment therapy: Distinctive features*. New York, NY: Routledge.

Fleming, S. & Robinson, P. (2001). Grief and cognitive-behavioral therapy: The reconstruction of meaning. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*, (pp. 647–670). Washington, DC: American Psychological Association.

Foa, E. B., Hembree, E. A. & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences*. New York, NY: Oxford University Press.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. & Gruen, R. (1986). The dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992–1003.

Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D. & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, 31(6), 772–799. DOI: 10.1177/014544550730220.

Fosnot, C. T. & Perry, R. S. (2005) Constructivism: A psychological theory of learning. In C. T. Fosnot (Ed.), *Constructivism: Theory, perspectives, and practice*, (pp. 8–38). New York, NY: Teachers College Press.

Fransella, F. & Bannister, D. (1977). *A manual of repertory grid techniques*. New York, NY: Academic Press.

Fransella, F. & Neimeyer, R. A. (2005). George Alexander Kelly: The man and his theory. In *The essential practitioner's handbook of personal construct psychology*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.

Freeman, A. & White, B. (2002). Dreams and the dream image: Using dreams in cognitive therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 16(1), 39–53.

Freud, S. (1913). *The interpretation of dreams* (3rd ed.). (A. A. Brill, Trans). New York, NY: The Macmillan Company.

Freud, S. & Strachey, J. T. (1930/1961). *Civilization and its discontents*. New York, NY: Norton.

Fritsche, J. (2014). Mind-body awareness in art therapy with chronic pain. In L. Rappaport (Ed.), *Mindfulness and the arts therapies: Theory and practice* (pp. 81–94). London, UK: Jessica Kingsley Publishers.

Fulton, P. R. (2014). Contributions and challenges to clinical practices from Buddhist psychology. *Clinical Social Work Journal*, 42, 208–217. DOI:10.1007/s10615-013-0469-7.

Gantt, L. & Tinnin, L. W. (2007). Intensive trauma therapy of PTSD and dissociation: An outcome study. *The Arts in Psychotherapy*, 34, 69–80. DOI: 10.1016/j.aip.2006.09.007.

Garai, J. E. (1987). A humanistic approach to art therapy. In J. A. Rubin (Ed.), *Approaches to art therapy: Theory and technique* (pp. 188–207). New York, NY: Brunner/Mazel.

Gentile, D. (1997). Art therapy's influence on locus of control with eating disorder patients [Abstract]. *Proceedings of the American Art Therapy Association*, p. 196.

Gentry, H. & Rosal, M. L. (1998). Structured cognitive-behavioral art therapy of adolescents with comorbid depression and conduct problems [Abstract]. *Proceedings of the American Art Therapy Association*, p. 76.

Gerber, J. (1994). The use of art therapy in juvenile sex offender specific treatment. *The Arts in Psychotherapy*, 21, 367–374.

Getzels, J. W. & Csikszentmihalyi, M. (1976). *The creative vision: A longitudinal study of problem finding in art*. New York, NY: John Wiley & Sons.

Goldfried, M. R. (1971). Systematic desensitization as training in self-control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37, 228–234.

Goldfried, M. R. & Davidson, G. C. (1976). *Clinical behavior therapy*. New York, NY: Rinehart & Winston.

Greenberg, L. S. & Safran, J. D. (1984). Integrating cognition and affect: A perspective on the process of therapeutic change. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 559–578.

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrated review. *Review of General Psychology*, 2, 271–299.

Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. & Wallach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35–43.

Grunert, B. K., Smucker, M. R., Weis, J. M. & Rusch, M. D. (2003). When prolonged exposure fails: Adding an imagery-based cognitive restructuring component in the treatment of industrial accident victims suffering from PTSD. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10(4), 333–346.

Grunert, B. K., Weis, J. M., Smucker, M. R. & Christianson, H. F. (2007). Imagery rescripting and reprocessing therapy after failed prolonged exposure for post-traumatic stress disorder following industrial injury. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 317–328. DOI: 10.1016/j.jbtep.2007.10.005.

Gussak, D. E. (2009). The effects of art therapy on male and female inmates: Advancing the research base. *The Arts in Psychotherapy*, 36, 5–12. DOI: 10.1016/j.aip.2008.10.002.

Hackmann, A. (2011). Imagery rescripting in posttraumatic stress disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 424–432.

Hackmann, A., Bennett-Levy, J. & Holmes, E. A. (2011). *Oxford Guide to Imagery in Cognitive Therapy*. Oxford, UK: Oxford University Press.

Hackmann, A. & Holmes, E. A. (2004). Reflecting on imagery: A clinical perspective and overview of the special issue of *Memory* on mental imagery and memory in psychopathology. *Memory*, 12 (4), 389–402. DOI: 10.1080/09658210444000133.

Haydicky, J., Shecter, C., Wiener, J. & Ducharme, J. M. (2015). Evaluation of MBCT for adolescents with ADHD and their parents: Impact on individual and family functioning. *Journal of Child and Family Studies*, 24(1), 76–94. DOI: 10.1007/s10826-013-9815-1.

Hayes, A., Hope, D. A. & Hayes, S. (2007). Towards an understanding of the process and mechanisms of change in cognitive behavioral therapy: Linking innovative methodology with fundamental questions. *Clinical Psychology Review*, 27(6), 679–681. DOI: 10.1016/j.cpr.2007.01.006.

Hayes, S. C. (2002). Buddhism and acceptance and commitment therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 58–66. DOI: 10.1016/S1077-7229(02)80041-4

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavioral Therapy*, 35, 639–665.

Hayes, S. C. (2008). Climbing our hills: A beginning conversation on the comparison of acceptance and commitment therapy and traditional cognitive behavior therapy. *Clinical Psychology Science and Practice*, 15, 286–295.

Hayes, S. C., Follette, V. M. & Linehan, M. M. (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York, NY: Guilford Press.

Hayes, S. C. & Lillis, J. (2012). *Acceptance and commitment therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

Hayward, J. W. & Varela, F. J. (1992). *Gentle bridges: Conversations with the Dalai Lama on the sciences of mind*. Boston, MA: Shambala.

Heckwolf, J. I., Bergland, M. C. & Mouratidis, M. (2014). Coordinating principles of art therapy and DBT. *The Arts in Psychotherapy*, 41, 321–335. DOI: 10.1016/j.aip.2014.03.006.

Herbert, J. D. & Forman, E. M. (Eds.) (2011a). *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Herbert, J. D. & Forman, E. M. (2011b). The evolution of cognitive behavior therapy: The rise of psychological acceptance and mindfulness. In J. D. Herbert & E. E. Forman (Eds.), *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies* (pp. 3–25). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Herring, D. (2014). Mindfulness-based expressive therapy for people with severe and persistent mental illness. In L. Rappaport (Ed.), *Mindfulness and the arts therapies: Theory and practice* (pp. 24–36). London, UK: Jessica Kingsley Publishers.

Hinz, L. (2009). *The expressive therapies continuum: A framework for using art in therapy*. New York, NY: Routledge.

Hinz, L. (2016). Media considerations in art therapy: Discussions for future research. In D. E. Gussak & M. L. Rosal (Eds.), *The Wiley handbook of art therapy* (pp. 135–145). Chichester, UK: Wiley-Blackwell.

Hofmann, S. G. & Asmundson, G. J. G. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Review*, 28, 1–16. DOI:10.1016/j.cpr.2007.09.003.

Hofmann, S. G., Asmundson, G. J. S. & Beck, A. T. (2013). The science of cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44, 199–212.

Holmes, E. A., Arntz, A. & Smucker, M. R. (2007). Imagery rescripting in cognitive behaviour therapy: Images, techniques, and outcome. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 297–305. DOI: 10.1016/j.jbtep.2007.08.007.

Holmes, E. A., Grey, N. & Young, K. A. D. (2005). Intrusive imagery and "hotspots" of trauma memories in posttraumatic stress disorder: An experimental of investigation of emotions and cognitive themes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36 (1), 3–17.

Holmes, E. A. & Matthews, A. (2010). Mental imagery in emotion and emotional disorders. *Clinical Psychology Review*, 30, 349–362.

Huckville, K. & Learmonth, M. (2009). A case example of art therapy in relation to Dialectical Behaviour Therapy. *International Journal of Art Therapy: Formerly Inscape*, 14 (2), 52–63, DOI: 10.1080/17454830903329196.

Ilgel, M. A., Bohnert, A. S. B., Chermack, S., Conran, C., Jannausch, M., Trafton, J. & Blow, F. C. (2016). A randomized trial of a pain management intervention for adults receiving substance use disorder treatment. *Addiction*, 111(8), 1385–1393. DOI: 10.1111/add.13349.

Isis, P. (2014). Mindfulness-based stress reduction and the expressive arts therapies in a hospital-based outreach program. In L. Rappaport (Ed.), *Mindfulness and the arts therapies: Theory and practice* (pp. 155–167). London, UK: Jessica Kingsley Publishers.

Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique*. Paris, France: Félix Alcan.

Johnston, M., Foster, M., Shennan, J., Starkey, N. J. & Johnson, A. (2010). The effectiveness of an acceptance and commitment therapy self-help intervention for chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 26(5), 393–402. DOI: 10.1097/AJP.0b013e3181cf59ce.

Juarascio, A., Shaw, J., Forman, E., Timko, C. A., Herbert, J., Butryn, M., Bunnell, D., Matteucci, A. & Lowe, M. (2013). Acceptance and commitment therapy as a novel treatment for eating disorders: An initial test of efficacy and mediation. *Behavior Modification*, 37 (4), 459–489. DOI: 10.1177/0145445513478633.

Jung, C. G. (1935). *Analytical psychology: Its theory and practice* (The Tavistock Lectures, delivered 1935, reprinted 1990). London, UK: ARK Routledge.

Jung, C. G. (1965). *Memories, dreams, and reflections*. New York, NY: Vintage Books.

Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33–47.

Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York, NY: Hyperion.

Kagin, S. L. & Lusebrink, V. B. (1978). The expressive therapies continuum. *The Arts in Psychotherapy*, 5(4), 171–180.

Kanfer, F. H. (1970). Self-regulation: Research, issues, and speculations. In C. Neuringer & J. L. Michael (Eds.), *Behavior modification in clinical psychology* (pp. 178–220). New York, NY: Appleton-Century-Crofts.

Kanfer, F. H. & Zich, J. (1974). Self-control training: The effects of external control on children's resistance to temptation. *Developmental Psychology*, 10(1), 108–115.

Kaufmann, G. (1986). The conceptual basis of cognitive imagery models: A critique and a theory. In D. F. Marks (Ed.), *Theories of image formation* (pp. 169–196). New York, NY: Brandon House.

Kazdin, A. E. (1974). Effects of covert modeling and modeling reinforcement on assertive behavior. *Journal of Abnormal Behavior*, 83, 24–252.

Kazdin, A. E. (1978). *History of behavior modification: Experimental foundations of contemporary research*. Baltimore, MD: University Park Press.

Kazdin, A. E. & Nock, M. K. (2003). Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: Methodological issues and research recommendation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(8), 1116–1129.

Kazdin, A. E., Siegel, T. C. & Bass, D. (1992). Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(5), 733–747.

Keane, T. M. & Kaloupek, D. G. (1982). Imaginal flooding in the treatment of a posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50 (1), 138–140.

Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York, NY: Norton. (Republished, 1991, London & New York: Routledge.)

Keltner, D. & Gross, J. J. (1999). Functional accounts of emotions. *Cognition and Emotion*, 13 (5), 467–480.

Kenny, M. A. & Williams, J. M. G. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to mindfulness-based cognitive therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 617–645.

Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E. & Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 78 (6), 519–528. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2015.03.009.

King, A. P., Erickson, T. M., Giardino, N. D., Favorite, T., Rauch, S. A. M., Robinson, E., Kulkarni, M. & Liberzon, I. (2013). A pilot study of group mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) for combat veterans with posttraumatic stress disorder (PTSD). *Depression and Anxiety*, 30(7), 638–645. DOI: 10.1002/da.22104.

King, J. L. (2016). Art therapy: A brain-based profession. In D. E. Gussak & M. L. Rosal (Eds.), *The Wiley handbook of art therapy* (pp. 77–89). Chichester, UK: Wiley-Blackwell.

Kosslyn, S. M., Ganis, G. & Thompson, W. L. (2001). Neural foundations of imagery. *Nature Reviews: Neuroscience*, 2, 635–642.

Kramer, D. (1971). *Art as therapy with children*. New York, NY: Schocken Books.

Kreitler, H. & Kreitler, S. (1972). *Psychology of the arts*. Durham, NC: Duke University Press.

Kuan, T.-F. (2012). Cognitive operations in Buddhist meditation: Interface with Western psychology. *Contemporary Buddhism*, 13(1), 35–60. DOI: 10.1080/14639947.2012.669201.

Kudesia, R. S. & Nyima, V. T. (2015). Mindfulness contextualized: An integration of Buddhist and neuropsychological approaches to cognition. *Mindfulness*, 6, 910–925. DOI: 10.1007/s12617-014-0337-8.

Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., Byford, S., Evans, A., Radford, S., Teasdale, J. D. & Dalgleish, T. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behaviour Therapy and Research*, 48, 1105–1112. DOI: 10.1016/j.jbrat.2010.08.003.

Kwee, M. G. T. & Ellis, A. (1998). The interface between rational emotive therapy and Zen. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavioral Therapy*, 16, 5–43.

Lang, P. J. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16, 495–512.

Larochelle, M. & Bednarz, N. (1998). Constructivism and education: Beyond epistemological correctness. In M. Larochelle, N. Bednarz & J. Garrison (Eds.), *Constructivism and education* (pp. 3–20). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Lazarus, R. S. (1968). Emotion and adaptation: Conceptual and empirical relations. In W. J. Arnold (Ed.), *Nebraska Symposium on Emotion* (pp. 175–270). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.

Lazarus, A. A. (1971). *Behavior therapy and beyond*. New York, NY: McGraw-Hill.

Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford, UK: Oxford University Press.

Lazarus, R. S. & Folkman, W. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY: Springer Publishing.

Lazarus, R. S. & Smith, C. A. (1988). Knowledge and appraisal in the cognition-emotion relationship. *Cognition and Emotion*, 2(4), 281–300.

Lefcourt, H. M. (1976). *Locus of control: Current trends in theory and research*. New York, NY: John Wiley & Sons.

Levin, M. & Hayes, S. C. (2009). ACT, RFT, and contextual behavioral science. In J. T. Blackledge, J. Ciarrochi & F. P. Deane (Eds.), *Acceptance and commitment therapy: Contemporary theory, research, and practice* (pp. 1–40). Bowen Hills, Queensland: Australian Academic Press.

Lewis, G. (1979). Adler's theory of personality and art therapy in a nursing home. *The Arts in Psychotherapy*, 6(1), 47–50.

Lewis, M. D. (1996). Self-organizing cognitive appraisals. *Cognition and Emotion*, 10(1), 1–25. DOI: 10.1080/026999396380367.

Linehan, M. (1993a). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: The Guilford Press.

Linehan, M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York, NY: The Guilford Press.

Lorenzo de la Peña, S. (2016). 2D expression is intrinsic. In D. E. Gussak & M. L. Rosal (Eds.), *The Wiley handbook of art therapy* (pp. 146–153). Chichester, UK: John Wiley & Sons.

Luedtke, B., Davis, L. & Monson, C. (2015). Mindfulness-based cognitive-behavioral conjoint therapy for posttraumatic stress disorder: A case study. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 45 (4), 227–234. DOI: 10.1007/s10879-015-9298-z.

Luria, A. R. (1961). *The role of speech in the regulation of normal and abnormal behavior*. New York, NY: Liveright.

Lusebrink, V. B. (1990). *Imagery and visual expression in therapy*. New York, NY: Plenum Press.

Lusebrink, V. B. (2016). Expressive therapies continuum. In D. E. Gussak & M. L. Rosal (Eds.), *The Wiley handbook of art therapy* (pp. 57–67). Chichester, UK: John Wiley & Sons.

Mace, C. (2008). *Mindfulness and mental health: Therapy, theory, and science*. New York, NY: Routledge.

Mahoney, M. J. (1977). Personal science: A cognitive learning therapy. In A. Ellis & R. Grieger (Eds.), *Handbook of rational-emotive therapy* (pp. 352–366). New York, NY: Springer.

Mahoney, M. J. & Arnkoff, D. (1978). Cognitive and self-control therapies. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 2nd ed. (pp. 689–722). New York, NY: John Wiley & Sons.

Mahoney, M. J. & Thoreson, C. E. (1974). *Self-control: Power to the person*. Monterey, CA: Brooks/Cole Publishing.

Makransky, J. (2012). Compassion in Buddhist psychology. In C. K. Germer & R. D. Siegel (Eds.), *Wisdom and compassion in psychotherapy* (pp. 61–74). New York, NY: The Guilford Press.

Marchand, W. R. (2012). Mindfulness-based stress reduction, mindfulness-based cognitive therapy, and Zen meditation for depression, anxiety, pain, and psychological distress. *Journal of Psychiatric Practice*, 18(4), 233–252. DOI: 10.1097/01.pra.0000416014.53215.86.

Marks, D. F. (1986). The neuropsychology of imagery. In D. F. Marks (Ed.), *Theories of image formation* (pp. 225–241). New York, NY: Brandon House.

Masten, A. S., Cutuli, J. J., Herbers, J. E. & Reed, M. G. J. (2009). Resilience in development. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology* (pp. 117–131). New York, NY: Oxford University Press.

Matos, L. (1979). An introduction to Tibetan Buddhist psychology. *The Tibetan Journal*, 4 (3), 20–27.

Matto, H. C. (1997). An integrative approach to the treatment of women with eating disorders. *The Arts in Psychotherapy*, 24, 347–352.

Matto, H. C., Corcoran, J. & Fassler, A. (2003). Integrating solution-focused and art therapies for substance abuse treatment: Guidelines for practice. *The Arts In Psychotherapy*, 30, 265–272.

McKellar, P. (1986). Imagery and the unconscious. The neuropsychology of imagery. In D. F. Marks (Ed.), *Theories of image formation* (pp. 47–71). New York, NY: Brandon House.

McNiff, S. (1998). *Trust the process*. Boulder, CO: Shambala.

Meekuns, B. (2013). Review: Effects of mindfulness-based cognitive therapy on mental disorders: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Research in Nursing*, 18 (2), 156–157. DOI: 10.1177/1744987112466188.

Meichenbaum, D. (1974). *Cognitive behavior modification*. Morristown, NJ: General Learning Press.

Meichenbaum, D. (1975). A self-instructional approach to stress management: A proposal for stress inoculation training. In I. Sarason & C. D. Spielberger (Eds.), *Stress and anxiety*: Vol. 2 (pp. 227–263). New York, NY: John Wiley & Sons.

Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York, NY: Plenum Press.

Meichenbaum, D. (1978). Why does using imagery in psychotherapy lead to change? In J. L. Singer & K. S. Pope (Eds.), *The power of human imagination* (pp. 381–394). New York, NY: Plenum Press.

Meichenbaum, D. & Cameron, R. (1973). Training schizophrenics to talk to themselves: A means of developing attentional controls. *Behavior Therapy*, 4, 515–534.

Meichenbaum, D. & Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology*, 77 (2), 115–126.

Mellberg, C. (1998). Increasing control: Watercolor painting and students with developmental disabilities [Abstract]. *Proceedings of the American Art Therapy Association*, p. 183.

Mennin, D. S., Ellard, K. K., Fresco, D. M. & Gross, J. J. (2013). United we stand: Emphasizing commonalities across cognitive-behavioral therapies. *Behavior Therapy*, 44, 234–238.

Mercer, A., Warson, E. & Zhao, J. (2010). Visual journaling: An intervention to influence stress, anxiety and affect levels in medical students. *The Arts in Psychotherapy*, 37, 143–148. DOI: 10.1016/j.aip.2009.12.003.

Miller, N. E. & Dollard, J. (1941). *Social learning and imitation*. New Haven, CT: Yale University Press.

Monte, C. F. (1980). *Beneath the mask: An introduction to theories of personality* (2nd ed.). New York, NY: Holt, Rinehart & Winston.

Monti, D., Peterson, C., Shakin Kunkel, E. J., Hauck, W. W., Pequignot, E., Rhodes, L. & Brainard, G. (2006). A randomized, controlled trial of mindfulness-based art therapy (MBAT) for women with cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 363–373. DOI: 10.1002/pon.988.

Moon, B. (1990). *Existential art therapy: The canvas mirror*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Moon, C. H. (2010). *Materials and media in art therapy: Critical understandings of diverse artistic vocabularies*. New York, NY: Routledge.

Morris, F. (2013). *Brief cognitive behavioral art therapy for anxiety disorders*. (Unpublished master's thesis.) Florida State University, Tallahassee, FL.

Morris, F. (2014). Should art be integrated into cognitive behavioral therapy for anxiety disorders? *The Arts in Psychotherapy*, 41, 343–352. DOI: 10.1016/j.aip.2014.07.002.

Naruse, G. (1986). On imaginal mental activity and the imaginal mental state. In D.F. Marks (Ed.), *Theories of image formation* (pp. 73–99). New York, NY: Brandon House.

Naumburg, M. (1966). *Dynamically Oriented Art Therapy: Its Principles and Practice*. New York, NY: Grune & Stratton. (Republished 1987, Chicago, IL: Magnolia Street.)

Nissimov-Nahum, E. (2008). A model for art therapy in educational settings with children who behave aggressively. *The Arts in Psychotherapy*, 35, 341–348.

Ojserkis, R., McKay, D., Badour, C. L., Feldner, M. T., Arocho, J. & Dutton, C. (2014). Alleviation of moral disgust, shame, and guilt in posttraumatic stress reactions: An evaluation of comprehensive distancing. *Behavior Modification*, 38 (6), 801–836. DOI: 10.1177/0145445514543465.

Oster, I., Svensk, A. C., Magnusson, E., Thyme, K. E., Sjodin, M., Astrom, S. & Lindh, J. (2006). Art therapy improves coping resources: A randomized controlled study among women with breast cancer. *Palliative and Supportive Care*, 4, 57–64.

Oster, I., Magnusson, E., Thyme, K. E., Sjodin, M., Astrom, S. & Lindh, J. (2007). Art therapy for women with breast cancer: The therapeutic consequences of boundary strengthening. *The Arts in Psychotherapy*, 34, 277–288. DOI: 10.1016/j.aip.2007.04.003.

Packard, S. (1977). Learning disabilities: Identification and remediation through creative art activity. In R. H. Shoemaker & S. E. Gonick-Barris (Eds.), *Proceedings of the Seventh Annual Conference of the American Art Therapy Association* (pp. 57–61). Baltimore, MD: American Art Therapy Association.

Paivio, A. (1971). Imagery and language. In S. J. Segal (Ed.), *Imagery: Current cognitive approaches* (pp. 7–32). New York, NY: Academic Press.

Parsons, M. (1998). [Review of *Child development in art* by A. M. Kindler, ed.]. *Studies in Art Education*, 40 (1), 80–91.

Pavlov, I. P. (1927). *Conditioned reflexes*. G. V. Anrep (Trans. and Ed.). London, UK: Oxford University Press.

Pearson, D. G., Deeproose, C., Wallace-Hadrill, S. M. A., Heyes, S. B. & Holmes, E. A. (2013). Assessing mental imagery in clinical psychology: A review of imagery measure and a guiding framework. *Clinical Psychology Review*, 33, 1–23. DOI: 10.1016/j.cpr.201209.001.

Perky, C. W. (1910). An experimental study of imagination. *American Journal of Psychology*, 21, 422–452.

Peterson, C. (2014). Mindfulness-based art therapy: Applications for healing. In L. Rappaport (Ed.), *Mindfulness and the arts therapies: Theory and practice* (pp. 64–80). London, UK: Jessica Kingsley Publishers.

Peterson, C. (2015). "Walkabout: Looking in, looking out": A mindfulness-based art therapy program. *Art Therapy*, 32 (2), 78–82. DOI: 10.1080/07421656.2015.1028008.

Piaget, J. (1952). *The origins of intelligence in children*. Madison, CT: International Universities Press.

Piaget, J. (1954). *Construction of reality in the child*. New York, NY: Basic Books.

Piaget, J. (1962). *Play, dreams, and imitation in childhood*. New York, NY: Norton & Co.

Piaget, J. (1967). *Biologie et connaissance (Biology and knowledge)*. Paris, France: Gallimard.

Piaget, J. & Inhelder, B. (1969). *The psychology of the child*. New York, NY: Basic Books.

Pifalo, T. (2002). Pulling out the thorns: Art therapy with sexually abused children and adolescents. *Art Therapy*, 19 (1), 12–22.

Pifalo, T. (2007). Jogging the cogs: Trauma-focused art therapy and cognitive behavioral therapy with sexually abused children. *Art Therapy*, 24 (4), 170–175. DOI: 10.1080/07421656.2007.10129471.

Rankin, A. B. & Taucher, L. C. (2003). A task-oriented approach to art therapy in trauma treatment. *Art Therapy*, 20 (3), 138–147.

Rappaport, L. & Kalmanowitz, D. (2014). Mindfulness, psychotherapy, and the arts. In L. Rappaport (Ed.), *Mindfulness and the arts therapies: Theory and practice* (pp. 24–36). London, UK: Jessica Kingsley Publishers.

Ravenette, T. (2005). Constructive intervention with children when presented as problems. In F. Fransella (Ed.), *The essential practitioner's handbook of personal construct psychology* (pp. 133–144). Chichester, UK: John Wiley & Sons.

Reynolds, F. (1999). Cognitive behavioral counseling of unresolved grief through the therapeutic adjunct of tapestry-making. *The Arts in Psychotherapy*, 26(3), 165–171.

Rhyne, J. (1974). *The gestalt art experience*. Monterey, CA: Brooks/Cole.

Rhyne, J. (1979a). Expanding our comprehension of visual imagery. In L. Gantt, G. Forrest, D. Silverman & R. Shoemaker (Eds.), *Proceedings of the Ninth Annual Conference of the American Art Therapy Association* (pp. 95–97). Baltimore, MD: American Art Therapy Association.

Rhyne, J. (1979b). *Drawings as personal constructs: A study in visual dynamics*. (Unpublished doctoral dissertation.) University of California, Santa Cruz, CA.

Rhyne, J. (1987). Gestalt art therapy. In J. A. Rubin (Ed.), *Approaches to art therapy: Theory and technique* (pp. 167–187). New York, NY: Brunner/Mazel.

Robins, C. J., Schmidt, H. & Linehan, M. M. (2004). Dialectical behavior therapy: Synthesizing radical acceptance with skillful means. In S. C. Hayes, V. M. Follette & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 30–44). New York, NY: The Guilford Press.

Rogers, C. (1951). *Client-centered therapy: Its current practices, implications, and theory*. New York, NY: Houghton Mifflin.

Rogers, N. (2001). Person-centered expressive arts therapy: A path to wholeness. In J. A. Rubin (Ed.), *Approaches to art therapy: Theory and technique*, 2nd ed. (pp. 163–177). New York, NY: Brunner/Routledge.

Roghanchi, M., Mohamad, A. R., Mey, S. C., Momeni, K. M. & Golmohamadian, M. (2013). The effect of integrating rational emotive behavior therapy and art therapy on self-esteem and resilience. *The Arts in Psychotherapy*, 40, 179–184.

Rosal, M. L. (1985). *The use of art therapy to modify the locus of control and adaptive behavior of behavior disordered students*. (Unpublished doctoral dissertation.) University of Queensland, Brisbane, Australia.

Rosal, M. L. (1992). Approaches to art therapy with children. In F. D. Anderson (Ed.), *Art for all the children* (2nd ed.) (pp. 142–183). Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Rosal, M. L. (1993). Comparative group art therapy research to evaluate changes in locus of control. *The Arts in Psychotherapy*, 20, 231–241.

Rosal, M. L. (1996) Approaches to art therapy with children. Burlingame, CA: Abbeygate Press.

Rosal, M. L. (2001). Cognitive-behavioral art therapy. In J. A. Rubin (Ed.), *Approaches to art therapy: Theory and technique*, 2nd ed. (pp. 210–225). New York, NY: Brunner/ Mazel.

Rosal, M. L. (2016a). Cognitive-behavioral art therapy. In J. A. Rubin (Ed.), *Approaches to art therapy: Theory and technique*, 3rd ed. (pp. 333–352). New York, NY: Routledge.

Rosal, M. L. (2016b). Cognitive-behavioral art therapy revisited. In D. E. Gussak & M.L. Rosal (Eds.), *The Wiley handbook of art therapy* (pp. 68–76). Chichester, UK: John Wiley & Sons.

Rosal, M. L., Ackerman-Haswell, J. F. & Johnson, L. (1994). Humanity behind the offense: Group art therapy with special needs sex offenders [Abstract]. *Proceedings of the American Art Therapy Association*, p. 127.

Rose, S. D. (1980). *Treating children in groups*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Rosner, R. I. (2002). Aaron T. Beck's dream theory in context: An introduction to his 1971 article on cognitive patterns in dreams and daydreams. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16 (1), 7–21.

Roth, E. (1978). Art therapy with emotionally disturbed-mentally retarded children: A technique of reality shaping. In B. K. Mandel et al. (Eds.), *The dynamics of creativity* (pp. 168–172). Baltimore, MD: American Art Therapy Association.

Roth, E. (1987). Behavioral art therapy. In J. A. Rubin (Ed.), *Approaches to art therapy: Theory and technique* (pp. 195–209). New York, NY: Brunner/Mazel.

Roth, E. (2001). Behavioral art therapy. In J. A. Rubin (Ed.), *Approaches to art therapy: Theory and technique*, 2nd ed. (pp. 213–232). Philadelphia, PA: Brunner/Routledge.

Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcements. *Psychological Monographs*, 80 (1), 1–28.

Rozum, A. (2001). Integrating the language of art into a creative cognitive-behavioral program with behavior-disordered children. In S. Riley (Ed.), *Group process made visible* (pp. 115–138). Philadelphia, PA: Brunner/Routledge.

Rubin, J. A. (1984). *Child art therapy* (2nd ed.). New York, NY: John Wiley & Sons.

Rubin, J. A. (1987). *Approaches to art therapy: Theory and technique*. New York, NY: Brunner/Mazel.

Rubin, J. A. (2016). Psychoanalytic art therapy. In D.E. Gussak & M. L. Rosal (Eds.), *The Wiley handbook of art therapy* (pp. 146–153). Chichester, UK: Wiley-Blackwell.

Russell, B. (1945). *A history of western philosophy, and its connection with political and social circumstances from the earliest of times to the present day*. New York, NY: Simon & Schuster.

Salmon, P. (1976). Grid measure with child subjects. In P. Slater (Ed.), *Explorations of intrapersonal space*. Vol. I (pp. 15–46). London: John Wiley & Sons.

Samoilov, A. & Goldfried, M.R. (2000). Role of emotion in cognitive-behavior therapy. *Clinical Psychology and Scientific Practice*, 7, 373–385.

Sarid, O. & Huss, E. (2010). Trauma and acute stress disorder: A comparison between cognitive behavioral intervention and art therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 37, 8–12. DOI: 10.1016/j.aip.2009.11.004.

Scheffler, I. (1991). *In praise of cognitive emotions and other essays in the philosophy of education*. New York, NY: Routledge.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York, NY: The Guilford Press.

Semple, R. J., Reid, E. F. & Miller, L. (2005). Treating anxiety with mindfulness: An open trial of mindfulness training for anxious children. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19, 379–392. DOI: 10.1891/jcop.2005.19.4.379.

Shaw, M. L. G. (1980). *On becoming a personal scientist: Interactive computer elicitation of personal models of the world*. London, UK: Academic Press.

Sibinga, E. M. S., Kerrigan, D., Stewart, M., Johnson, K., Magyari, T. & Ellen, J. M. (2011). Mindfulness-based stress reduction for urban youth. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 17 (3), 213–218. DOI: 10.1089/acm.2009.0605.

Silver, R. (1987). A cognitive approach to art therapy. In J. A. Rubin (Ed.), *Approaches to art therapy: Theory and technique* (pp. 233–250). New York, NY: Brunner/Mazel.

Singer, J. L. (1974). *Imagery and daydream methods in psychotherapy and behavior modification*. New York, NY: Academic Press.

Singer, J. L. (1975). *The inner world of daydreaming*. New York, NY: Harper Colophon Books.

Singer, J. L. (2006). *Imagery in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

Singer, J. L. & Pope, K. S. (1978). *The power of human imagination: New methods in psychotherapy*. New York, NY: Plenum Press.

Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York, NY: The Free Press.

Skinner, B. F. (1971). *Beyond freedom and dignity*. New York, NY: Knopf.

Smucker, M. R. (1997). Post-traumatic stress disorder. In R. L. Leahy (Ed.), *Practicing cognitive therapy* (pp. 193–220). Northvale, NJ: Jason Aronson.

Smucker, M. R., Dancu, C. V., Foa, E. B. & Neideree, J. L. (1995). Imagery rescripting: A new treatment for survivors of childhood sexual abuse suffering from post-traumatic stress. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 9, 3–17.

Sobol, B. (1985). Art therapy, behavior modification, and conduct disorder. *American Journal of Art Therapy*, 24, 35–43.

Somerville, K., Cooper, M. & Hackmann, A. (2007). Spontaneous imagery in women with bulimia nervosa: An investigation into content, characteristics and links to childhood memories. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 435–446. DOI: 10.1016/j.jbtep.2007.09.003.

Speckens, A. E., Hackmann, A., Ehlers, A. & Cuthbert, E. (2007). Imagery special issues: Intrusive images and memories of earlier adverse events in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 411–422. DOI: 10.1016/j.jbtep.2007.09.004.

Spivack, G. & Shure, M. B. (1974). *Social adjustment of young children: A cognitive approach to solving real-life problems*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Stanley, P. D. & Miller, M. M. (1993). Short-term art therapy with an adolescent male. *The Arts in Psychotherapy*, 20, 397–402.

Stanton, H. E. (1982). Modification of locus of control: Using the RSI technique in the schools. *Contemporary Educational Psychology*, 7, 190–194.

Suinn, R. M. & Richardson, F. (1971). Anxiety management training: A non-specific behavior therapy program for anxiety control. *Behavior Therapy*, 2 (4), 498–510.

Tartakovsky, M. (2017). 5 common myths about cognitive-behavioral therapy. *PsychCentral*. Retrieved on August 16, 2017, from <https://psychcentral.com/lib/5-common-myths-about-cognitive-behavioral-therapy/>

Teasdale, J. D. (1999). Metacognition, mindfulness, and the modification of mood disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 146–155.

Tirch, D., Silberstein, L. R. & Kolts, R. L. (2016). *Buddhist psychology and cognitive-behavioral therapy: A clinician's guide*. New York, NY: Guilford Press.

Toneatto, T. (2002). A metacognitive therapy for anxiety disorders: Buddhist psychology applied. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 72–78.

Trungpa, C. & Goleman, D. (2005). *The sanity we are born with: A Buddhist approach to psychology*. Boston, MA: Shambala.

Uhlin, D. (1972). *Art for exceptional children*. Dubuque, IA: William C. Brown.

Visnola, D., Sprudza, D., Bake, M. A. & Pike, A. (2010). Effects of art therapy on stress and anxiety of employees. *Proceedings of the Latvian Academy of Sciences*, 64 (1–2), 85–91. DOI: 10.2478/v10046-010-0020-y.

Vogt, J. M. & Vogt, G. M. (1983). Group art therapy: An eclectic approach. *American Journal of Art Therapy*, 22, 129–135.

von Daler, K. & Schwanbeck, L. (2014). Creative mindfulness: Dialectical behavioral therapy and expressive arts therapy. In L. Rappaport (Ed.), *Mindfulness and the arts therapies: Theory and practice* (pp. 235–247). London: Jessica Kingsley Publishers.

von Glasersfeld, E. (1995). *Radical constructivism: A way of knowing and learning*. London, UK: The Falmer Press.

Vygotsky, L. S. (1964). Thought and language. *Annals of Dyslexia*, 14 (1), 97–98.

Vygotsky, L. S. (1965). *Thought and language* (E. Hanfmann & G. Vakar, Trans). Cambridge, MA: MIT Press.

Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. M. Cole, V. John-Steiner, S. Scribner & E. Soubberman (Eds.). Harvard, MA: Harvard University Press.

Vygotsky, L. S. (2004). Imagination and creativity in childhood. *Journal of Russian and East European Psychology*, 42 (1), 7–97.

Wadeson, H. (1987). An eclectic approach to art therapy. In J. A. Rubin (Ed.), *Approaches to art therapy: Theory and technique* (pp. 299–313). New York, NY: Brunner/Mazel.

Wadeson, H. (2016). An eclectic approach to art therapy—revisited. In D. E. Gussak & M. L. Rosal (Eds.), *The Wiley handbook of art therapy* (pp. 122–131). Chichester, UK: Wiley-Blackwell.

Wadsworth, B. (1971). *Piaget's theory of cognitive development: An introduction for students of psychology and education*. New York, NY: David McKay.

Walker, M. S., Kaimal, G., Koffman, R. & DeGraba, T. J. (2016). Art therapy for PTSD and TBI: A senior active duty service member's therapeutic journey. *The Arts in Psychotherapy*, 49, 10–18. DOI: 10.1016/j.aip.2016.05.015.

Wallace, D. B. & Gruber, H. E. (1989). *Creative people at work: Twelve cognitive case studies*. New York, NY: Oxford University Press.

Wallace, E. (1987). Healing through the visual arts—a Jungian approach. In J. A. Rubin (Ed.), *Approaches to art therapy: Theory and technique* (pp. 114–133). New York, NY: Brunner/Mazel.

Waller, D., Schweitzer, J., Brunton, R. & Knudson, R. M. (2012). A century of imagery research: Reflections on Cheves Perky's contribution to our understanding of mental imagery. *The American Journal of Psychology*, 125(3), 291–305. Retrieved from <http://jstore.org/stable/10.5460/amerjpsych/125.3.0291>.

Watson, J. B. (1913). Psychology as the behaviorist views it. *Psychology Review*, 20, 158–177.

Watson, J. B. (1924). *Psychology: From the standpoint of a behaviorist*, 2nd ed. Philadelphia, PA: Lippincott.

Waugh, C. E., Fredrickson, B. L. & Taylor, S. F. (2008). Adapting to life's slings and arrows: Individual differences in resilience when recovering from an anticipated threat. *Journal of Research in Personality*, 42, 1031–1046.

Weisberg, R. W. (1986). *Creativity: Genius and other myths*. New York, NY: Freeman.

Wells, A. & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Wheatly, J., Brewin, C. R., Patel, T., Hackmann, A., Wells, A., Fisher, P. & Myers, S. (2007). "I'll believe it when I see it": Imagery rescripting of intrusive sensory memories in depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 371–385. DOI: 10.1016/j.jbtep.2007.08.005.

Wild, J. & Clark, D. M. (2011). Imagery rescripting of early traumatic memories in social phobia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 433–443.

Wilson, G. T. (1978). Cognitive behavior therapy: Paradigm shift or passing phase? In J. P. Foreyt & D. P. Rathjen (Eds.), *Cognitive behavior therapy: Research and application* (pp. 7–32). New York, NY: Plenum Press.

Wilson, L. (1977). The theory and practice of art therapy with the mentally retarded. *American Journal of Art Therapy*, 16, 87–97.

Wilson, L. (2016). Psychoanalytic study of artists and their art: Its relevance for art therapists. In D. E. Gussak & M. L. Rosal (Eds.), *The Wiley handbook of art therapy* (pp. 17–25). Chichester, UK: Wiley-Blackwell.

Wittels, B. (1978). Jung, art therapy, and the psychotic patient. *The Arts in Psychotherapy*, 5(3), 115–122.

Wodarski, J. S., Feldman, R. A. & Flax, N. (1974). Group therapy and anti-social children: A social learning theory perspective. *Small Group Behavior*, 5(2), 182–210.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.

Wooster, A. (1970). Formation of stable and discrete concepts of personality by normal and mentally retarded boys. *Journal of Mental Subnormality*, 16, 24–28.

Zainal, N. Z., Booth, S. & Huppert, F. A. (2013). The efficacy of mindfulness-based stress reduction on mental health of breast cancer patients: A meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 22(7), 1457–1465. DOI: 10.1002/pon.3171.

Расшифровка аббревиатур

AAQ-2	— самооценка и принятие позиции.
ABA	— прикладной анализ поведения.
ABMB	— майндфулнесс, основанный на искусстве, Art-Based-Mindfulness-Based.
ACT	— терапия принятия и ответственности.
ADHD (СГДВ)	— синдром гиперактивности и дефицита внимания.
ASD	— расстройства аутистического спектра.
BDI-II	— депрессивные симптомы, о которых сообщают сами вегетарианцы.
BDP	— пограничные расстройства личности.
КПАТ	— когнитивно-поведенческая арт-терапия.
CBS	— контекстуальная поведенческая наука.
КПТ	— когнитивно-поведенческая терапия.
LKM	— медитация любящей доброты.
СРТ	— когнитивно-процессинговая терапия.
DBT	— диалектическая поведенческая терапия.
DBAT	— диалектическая поведенческая арт-терапия.
DL	— журнал записи снов.
ЕТС	— экспрессивная терапия.
IE	— экспозиция в воображении.
IR	— рескриптинг образов.
ИТТ	— интенсивная терапия травмы.
GAD	— генерализованное тревожное расстройство.
GI	— управляемые образы.
LOC	— локус контроля.
МВСТ	— когнитивная терапия на основе майндфулнесс.
MBSR	— снижение стресса на основе майндфулнесс.
MEAM	— осознанное изучение художественных материалов, техника «прогулка».
PCP	— психология личностных конструктов.

PCT	— теория личностных конструктов.
PDA	— паническое расстройство и агорафобия.
PTSD (ПТСР)	— посттравматическое стрессовое расстройство.
QOL	— тест качества жизни.
REBT	— рационально-эмотивно-поведенческая терапия.
RFT	— теория реляционных фреймов.
SPMI	— тяжелые органические психические заболевания.
TBI	— черепно-мозговая травма.

Расшифровка буддийских терминов

Карма — то, что было извлечено из опыта прошлой жизни.

Ниматти — концепция образов в буддизме.

Прозрение — глубокое понимание природы вещей.

Саннья — концепция в буддизме, приравниваемая к познанию.

Сати — осознанность в буддизме.

Три стадии медитации — осознанность, спокойствие и прозрение.

Ум новичка, начинающий ум — состояние осознанности, в котором дискурсивное познание ограничено; я-схемы, укоренившиеся в прошлом, заблокированы.

Экагги — однонаправленность, обеспечивающая поддержание состояния концентрации; отслеживает, сфокусировано ли осознание на выбранном объекте.

Философское обоснование КПАТ:

- философия стоицизма в части отношения к эмоциям;
- философия Беркли в сопоставлении образов и языка;
- философия конструктивизма Келли;
- философия прагматизма и гуманизма как ядро решения проблем;
- философия критического рационализма как обязательность эмпирических исследований;
- философия буддизма в качестве введения в понимание модификации КПТ, именуемой третьей волной;
- диалектика как философское понятие, постулирующее единство тезиса и антитезиса — для понимания DBT;
- философия реляционных фреймов (RFT), философия функционального контекстуализма и радикальный прагматизм — для объяснения АСТ.

Марсия Л. Росал

Когнитивно-поведенческая арт-терапия

Перевела с английского Л. Нехаева

Заведующая редакцией

Т. Шапошникова

Ведущий редактор

Е. Власова

Научный редактор

Д. В. Ковпак

Литературный редактор

О. Андросик

Корректоры

В. Саймо, Н. Сидорова

Художественный редактор

Р. Яцко

Верстка

Л. Соловьева

Изготовлено в России. Изготовитель: ООО «Прогресс книга».

Место нахождения и фактический адрес: 194044, Россия, г. Санкт-Петербург.

Б. Сампсониевский пр., д. 29А, пом. 52. Тел.: +78127037373.

Дата изготовления: 05.2022.

Наименование: книжная продукция.

Срок годности: не ограничен.

Налоговая льгота — общероссийский классификатор продукции ОК 034-2014,
58.11.1 — Книги печатные.

Импортер в Беларусь: ООО «ПИТЕР М», 220020, РБ, г. Минск,
ул. Тимирязева, д. 121/3, к. 214, тел./факс: 208 80 01.

Подписано в печать 04.03.22. Формат 60×90/16. Бумага офсетная.
Усл. п. л. 20,000. Доп. тираж. Заказ 0000.



Дорогие читатели!

*Мы благодарим вас за доверие
издательству «Питер»!*

*Покупая книги, вы проявляете
уважение к автору и всем людям,
которые трудились над их созданием.
Вы вдохновляете нас на поиск нового
уникального, качественного
и полезного контента.*



ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ «ПИТЕР»

предлагает профессиональную, популярную
и детскую развивающую литературу

Заказать книги оптом можно в наших представительствах:

РОССИЯ

Санкт-Петербург

м. «Выборгская», Б. Сампсониевский пр., д. 29а;
тел. (812) 703-73-73, доб. 6282; e-mail: dudina@piter.com

Москва

м. «Электrozаводская», Семеновская наб., д. 2/1, стр. 1, 6 этаж;
тел./факс (495) 234-38-15; e-mail: reception@piter.com

БЕЛАРУСЬ

МИНСК

ул. Розы Люксембург, д. 163; тел./факс +37 517 348-60-01,
374-43-25; e-mail: pu@acheva@piter.com

Издательский дом «Питер» приглашает к сотрудничеству авторов:
тел./факс (812) 703-73-72, (495) 234-38-15; e-mail: ivanovaa@piter.com
Подробная информация здесь: <http://www.piter.com/page/avtoru>

**Издательский дом «Питер» приглашает к сотрудничеству зарубежных
торговых партнеров или посредников, имеющих выход на зарубежный
рынок: тел./факс (812) 703-73-73, доб. 6282; e-mail: sales@piter.com**

Заказ книг для вузов и библиотек:

тел./факс (812) 703-73-73, доб. 6243; e-mail: uchebnik@piter.com

Заказ книг в интернет-магазине: на сайте www.piter.com;

тел. (812) 703-73-74, доб. 6216; e-mail: books@piter.com

**Вопросы по продаже электронных книг: тел. (812) 703-73-74, доб. 6217;
e-mail: kuznetsov@piter.com**

В этой уникальной книге соединены два, казалось бы, взаимоисключающих направления психотерапии: арт-терапия и когнитивно-поведенческая терапия. Их можно сравнить с трепетной ланью и конем, который везет основной груз.

Цель этой книги — предложить всеобъемлющий обзор КПАТ для арт-терапевтов и других специалистов в области психического здоровья, которые хотят понять и самостоятельно оценить возможности арт-терапии в контексте рассмотрения ее как неотъемлемой части КПТ.

Книга начинается с анализа исторических корней как когнитивно-поведенческой, так и арт-терапии, а также современных практик и моделей их реализации. Для более глубокого понимания этих направлений и их перспектив развития в книгу включены тематические блоки терапии с помощью искусства.

Читатели познакомятся с историей работы с образами и воображением в психотерапии в целом и в когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) в частности.




Ассоциация
когнитивно-поведенческой
психотерапии
РЕКОМЕНДУЕТ


Марсия Л. Росал (PhD, ATR-BC, HLM) является бывшим деканом факультета художественного образования и директором программы арт-терапии в Университете штата Флорида. Она магистр в области арт-терапии и доктор наук по педагогической психологии. Росал является почетным пожизненным членом и экс-президентом Американской ассоциации арт-терапии. Она работает в различных редакционных советах по арт-терапии, таких как «Искусство в психотерапии», «Клиническая арт-терапия», и в журнале «Искусство для жизни». Недавно была удостоена звания почетного профессора Университета штата Флорида.

ПИТЕР®

Заказ книг:
телефон: (812) 703-73-74
books@piter.com

 [instagram.com/piterbooks](https://www.instagram.com/piterbooks)

 [youtube.com/ThePiterBooks](https://www.youtube.com/ThePiterBooks)

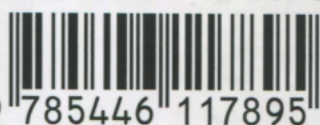
 vk.com/piterbooks

WWW.PITER.COM

каталог книг и интернет-магазин

 facebook.com/piterbooks

ISBN: 978-5-4461-1789-5



9 785446 117895