

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

**на тему «АРТ-ТЕРАПІЯ ЯК ЗАСІБ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З
НАРКОТИЧНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ»**

Виконала: студентка II курсу, групи 8.0539
спеціальності 053 Психологія
Корнієнко Анастасія Едуардівна
Керівник: к.психол.н., доцент кафедри
психології Мосол Н.О.
Рецензент: к.психол.н., доцент кафедри
психології Железнякова Ю.В.

Запоріжжя
2020

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології

Кафедра психології

Рівень вищої освіти магістр

Спеціальність 053 Психологія

Освітня програма Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

к.психол.н., доцент. Н.О. Губа

« ____ » _____ 2020 р.

З А В Д А Н Н Я
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

_____ Корнієнко Анастасії Едуардівні _____

1. Тема роботи Арт-терапія як засіб реабілітації осіб з наркотичною залежністю
керівник роботи Мосол Н.О. к.психол.н., доцент кафедри психології
затверджені наказом ЗНУ від «14» липня 2020 року № 4032-с
2. Строк подання студентом роботи _____
3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) проаналізувати наукову літературу з проблеми норко залежних в Україні; зробити психологічний аналіз проблеми використання арт-терапії в роботі з особами з наркотичною залежністю; експериментально дослідити реабілітацію осіб з наркотичною залежністю засобами арт-терапії.
5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень) 11 рисунків, 3 таблиці
6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Вступ	Мосол Н.О., доцент		
Розділ 1	Мосол Н.О., доцент		
Розділ 2	Мосол Н.О., доцент		
Розділ 3	Мосол Н.О., доцент		
Висновки	Мосол Н.О., доцент		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень-березень 2020 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2020 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень-травень 2020 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	вересень-жовтень 2020 р.	Виконано
5	Робота над третім розділом	жовтень 2020 р.	Виконано
6	Написання висновків	листопад 2020 р.	Виконано
7	Нормоконтроль	листопад 2020 р.	Виконано

Студент _____ А.Е. Корнієнко

Керівник роботи _____ Н.О. Мосол

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ О.М. Грединарова

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 90 сторінок, 3 таблиці, 11 рисунків, 64 джерела, 4 додатка.

Об'єкт: реабілітація осіб з наркотичною залежністю.

Предмет: арт-терапія як засіб реабілітації осіб з наркотичною залежністю.

Мета: розробити корекційно-реабілітаційну програму з подолання порушень емоційних станів у осіб з наркотичною залежністю за допомогою арт-терапії

Гіпотеза: спеціально розроблена корекційно-реабілітаційна програма з використанням методів арт-терапії дозволить нівелювати негативні емоційні стани осіб з наркотичною залежністю, такі як, підвищений рівень тривожності та депресія.

Методи дослідження. У роботі застосовувались теоретичні методи (теоретико-порівняльний аналіз психологічної літератури з досліджуваної проблеми) та емпіричні (психологічне тестування, психологічний експеримент: констатувальний, формувальний, контрольний). В якості діагностичного інструментарію для розв'язання експериментальних завдань використано: «Опитувальник САН (самопочуття, активність, настрої)», «Методику самооцінки рівня тривожності Ч.Д. Спилбергера і Ю.Л. Ханіна», «Методика диференційної діагностики депресивних станів В. Зунга».

Наукова новизна роботи полягає у тому, що теоретично та емпірично обґрунтовано використання методів арт-терапії для корекції емоційних станів осіб з наркотичною залежністю.

Галузь використання: в роботі психологів при роботі з особами з наркотичною залежністю.

АРТ-ТЕРАПІЯ, РЕАБІЛІТАЦІЯ, НАРКОЗАЛЕЖНІ, НАРКОТИЧНА ЗАЛЕЖНІСТЬ, ТРИВОЖНІСТЬ, ДЕПРЕСІЯ.

SUMMARY

Kornienko A.E. Art-Therapy as a rehabilitation mean of persons with drug addiction.

Master's qualification work: 90 pages, 3 tables, 11 figures, 64 sources, 4 appendices.

Object: rehabilitation of people with drug addiction.

Subject: art therapy as a means of rehabilitation of people with drug addiction.

Objective: to develop a correctional and rehabilitation program to overcome emotional disorders in people with drug addiction through art therapy

Hypothesis: a specially designed correctional and rehabilitation program using art therapy methods will eliminate the negative emotional states of people with drug addiction, such as increased anxiety and depression.

Research methods. Theoretical methods (theoretical and comparative analysis of psychological literature on the researched problem) and empirical (psychological testing, psychological experiment: ascertaining, formative, control) were used in the work. As a diagnostic tool for solving experimental problems used: "Questionnaire SAN (health, activity, mood)", "Methods of self-assessment of anxiety Ch.D. Spielberger and J.L. Khanin ", " Methods of differential diagnosis of depressive states V. Zung ".

The scientific novelty of the work lies in the fact that the use of art therapy methods for the correction of emotional states of people with drug addiction is theoretically and empirically substantiated.

Field of use: in the work of psychologists when working with people with drug addiction.

Keywords: art therapy, rehabilitation, drug addicts, drug addiction, anxiety, depression.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ НАРКОМАНІЇ В УКРАЇНІ.....	9
1.1. Наркоманія як соціальне явище	9
1.2. Теоретичний аналіз проблеми наркоманії в Україні	18
РОЗДІЛ 2. ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ВИКОРИСТАННЯ АРТ- ТЕРАПІЇ В РОБОТІ З ОСОБАМИ З НАРКОТИЧНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ	27
1.1. Арт-терапія як вид психологічної корекції.....	27
1.2. Арт-терапія як основний напрям роботи психолога з особами з залежністю.....	44
1.3. Методи арт-терапії в роботі з особами з наркотичною залежністю.....	54
РОЗДІЛ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З НАРКОТИЧНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ ЗАСОБАМИ АРТ- ТЕРАПІЇ.....	61
2.1. Організація і методи дослідження.	61
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів констатуючого етапу дослідження.....	64
2.3 Зміст і структура психокорекційної програми	68
2.4 Аналіз та інтерпретація результатів контрольного етапу дослідження.....	73
ВИСНОВКИ.....	83
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	86
ДОДАТКИ	91

ВСТУП

Актуальність дослідження. Особистісні характеристики наркозалежних і особливості їхньої реабілітації довгий час розглядалася в рамках, насамперед, медичної моделі, чим і обумовлені труднощі, пов'язані з необхідністю зміни підходів до профілактичного й корекційно-реабілітаційного процесів.

В останні роки актуалізується тенденція до розгляду проблеми наркоманії з позиції біопсихосоціальної парадигми, центральною ланкою якої є визначення залежності як багатомірного конструкту, що включає в себе сукупність когнітивних, емоційних, поведінкових, фізіологічних і біохімічних феноменів. Зміни в процесі споживання опійних наркотиків відбуваються на всіх рівнях психіки й проявляються в зниженні пізнавальних здібностей, зміні емоційно-вольової сфери, свідомості й самосвідомості.

Необхідність аналізу специфічних умов адаптації наркозалежної особистості пов'язана з потребою оптимізації найбільш ефективних умов, що забезпечують оптимальність адаптаційного процесу в соціумі. Виявлення актуальних для наркозалежної особистості психологічних умов адаптації дозволить збагатити існуючі психокорекційні підходи й намітити нові стратегії реабілітаційної діяльності.

Особливості реабілітаційного процесу людини вивчалися в різний час різними авторами як у зарубіжній, так і у вітчизняній науці (Н. Hartmann, L. Philips, Robert A. LeVine, Т. Шибутані, Ю.А. Александровський, О.І. Зотова, І.К. Кряжева, А. Налчаджан, Ф.Б. Березин, В.Є. Сараєва, О.Ф. Алексеєва).

Об'єкт: реабілітація осіб з наркотичною залежністю.

Предмет: арт-терапія як засіб реабілітації осіб з наркотичною залежністю.

Мета: розробити корекційно-реабілітаційну програму з подолання порушень емоційних станів у осіб з наркотичною залежністю за допомогою арт-терапії

Гіпотеза: спеціально розроблена корекційно-реабілітаційну програма з використанням методів арт-терапії дозволить нівелювати негативні емоційні стани осіб з наркотичною залежністю, такі як, підвищений рівень тривожності та депресія.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати наукову літературу з проблеми нарко залежних в Україні
2. Зробити психологічний аналіз проблеми використання арт-терапії в роботі з особами з наркотичною залежністю.
3. Експериментально дослідити реабілітацію осіб з наркотичною залежністю засобами арт-терапії.

Методи дослідження. У роботі застосовувались теоретичні методи (теоретико-порівняльний аналіз психологічної літератури з досліджуваної проблеми) та емпіричні (психологічне тестування, психологічний експеримент: констатувальний, формувальний, контрольний). В якості діагностичного інструментарію для розв'язання експериментальних завдань використано: «Опитувальник САН (самопочуття, активність, настрій)», «Методику самооцінки рівня тривожності Ч.Д. Спилбергера і Ю.Л. Ханіна», «Методика диференційної діагностики депресивних станів В. Зунга».

Наукова новизна роботи полягає у тому, що теоретично та емпірично обґрунтовано використання методів арт-терапії для корекції емоційних станів осіб з наркотичною залежністю.

Практичне значення роботи визначається тим, що розроблена і апробована корекційно-реабілітаційна програма з подолання порушень емоційних станів у осіб з наркотичною залежністю, що може використовуватись в роботі психологів при роботі з особами з наркотичною залежністю.

Структура: робота складається з вступу, трьох розділів, висновку до роботи, бібліографії (64 джерела) і 4 додатка. Загальний обсяг роботи без додатків 90 сторінки.

Надійність і вірогідність результатів дослідження забезпечувались: теоретико-методологічним обґрунтуванням вихідних теоретичних положень, використанням комплексу надійних і валідних психодіагностичних процедур, створенням адекватних умов діагностування, якісним аналізом емпіричних даних, репрезентативністю складу експериментальної та контрольної груп.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ НАРКОМАНІЇ В УКРАЇНІ

1.1. Наркоманія як соціальне явище

Наркоманія (від грец. narke - заціпеніння і манія - хвороба, що характеризується нездоланим потягом до наркотиків (напр., морфінові), що викликає в малих дозах ейфорію, у великих - оглушення, наркотичний сон) [35, 24].

Систематичне вживання наркотику викликає потребу в збільшенні доз. Помірність супроводжується абстинентним синдромом. При наркоманії уражаються внутрішні органи, виникають неврологічні і психічні розлади, розвивається соціальна деградація.

Як зазначав Левін Б.М. у своїх роботах: «наркоманія - гірша з будь-яких хвороб, найжахливіша з усіх смертей. Наркоманія, подібно вірусові, уражає всі області людського життя: фізичну, психічну і соціальну. Збільшуючись до дивовижних розмірів і доводячи свою жертву до фізичної і духовної смерті... Самі небезпечні наркотики це ті, котрі руйнують душі» [27].

Розвиваючись, залежність послідовно проходить кілька стадій – соціальну, психологічну, фізіологічну. Соціальна залежність – людина ще не почала вживати наркотичні речовини, але потрапила у середовище тих, хто їх уживає. Вона приймає стиль поведінки, ставлення до наркотичних речовин і зовнішні атрибути групи. В такій ситуації людина часто внутрішньо вже готова почати вживання наркотичних речовин. Неодмінною умовою цієї стадії є наявність групи, де вживають ті чи інші наркотичні речовини.

Психологічна залежність – на цій стадії змінюється поведінка людини. Вона починає вживати наркотичні речовини з метою відчутти певні емоції. Психологічна залежність може сформуватися навіть після одного-двох прийомів наркотичних речовин.

Фізіологічна залежність – настає після того, як організм включає наркотики у процес обміну речовин. Це – непереборна фізична потреба, яка виникає в результаті постійного або періодичного вживання наркотиків. В цьому випадку різке припинення вживання наркотичної речовини викликає фізичний розлад різного ступеня тяжкості, який називають абстинентним синдромом або синдромом позбавлення (відміни). На цій стадії людина потребує лікування.

Щоб знайти вихід, дуже важливо зрозуміти: наркоманія - це хвороба. Фахівцям, що працюють у наркології, це відомо давно, і визнається беззастережно. Хвороба за назвою наркоманія включена в медичні довідники і каталоги, бо поряд з будь-якими іншими захворюваннями наркоманія по ступені ваги прирівнюється до онкологічних захворювань, тому що має величезний відсоток смертності - 96% хворих умирає.

Проблему наркоманії розглядали такі відомі соціологи та психологи як А.Ф Аменд та Н.Ю. Максимова у своїх наукових працях «Психологическая профилактика алкоголизма и наркомании несовершеннолетних» та «Проблема профилактики наркомании в молодежной среде». Вони доводять, що наркоманія це дійсно масштабна соціальна проблема всього українського суспільства, яка потребує негайного втручання [2, 45].

Наркоманія — це хворобливий фізичний і психічний стан, що є наслідком хронічної інтоксикації від зловживання наркотичними засобами, обумовленого багатьма соціально-медичними, соціально-економічними, соціально-психологічними чинниками [58, 110].

Як свідчать фахівці, повне викорінення наркоманії практично неможливе так само, як неможливо повністю позбутися багатьох соціальних хвороб і пов'язаної з ними злочинності, в тому числі злочинів, що вчиняються на ґрунті наркотизму.

В останнє десятиліття в Україні спостерігається швидке зростання наркоманії та її змолочування (з 1992р. в 25 разів збільшилася кількість неповнолітніх наркоманів). За даними Міністерства охорони здоров'я України у

коло споживачів наркотиків втягується досить велика кількість молоді та підлітків. Зростання числа наркозалежних, в першу чергу серед молоді (щодня 60 підлітків вперше пробують наркотики), являє собою небезпеку не тільки в плані зростання кримінальної злочинності [46, 22]. Споживачі наркотиків приносять біль та горе все більшій кількості сімей, роблячи себе небезпечним тягарем для всього суспільства. Звичайно їх треба лікувати, але як правило, наркозалежні звертаються по допомогу до лікарів досить пізно і зовсім не за тим, щоб назавжди покінчити зі своєю шкідливою звичкою, а тільки для того, щоб зняти «ломку» або знизити дозу вживання наркотиків. Лікарі добре знають, що 90% успіху лікування залежить від пацієнта, в іншому випадку усі зусилля будуть марні. Звідси висновок: звернутись за допомогою треба якомога раніше і, що дуже важливо, мати на меті звільнення від цієї тяжкої хвороби. Саме у підлітковому віці, як правило, вперше вживаються наркотичні речовини, тому дуже важливо вміти помічати та розрізняти ранні ознаки вживання наркотиків, коли проблема ще не набула хронічного характеру і значно легше піддається лікуванню.

Зловживання наркотиками, яке відоме з найдавніших часів, зараз розповсюдилося в розмірах, що турбують всю світову громадськість. Навіть при звуженні, з погляду наркологів, меж наркоманії до юридичних прийнятних в багатьох країнах, наркоманія визнана соціальним лихом. Особливо згубним є уживання наркотиків в молодіжному середовищі.

Повна, з погляду наркологів, картина розповсюдження зловживання, що включає форми токсикоманій, ще трагічніша. Речовини і препарати, не включені до списку наркотиків, як правило, ще більш злоякісні, приводять до ще більшого збитку для індивідуума.

Наркоманія – це соціальна проблема усього суспільства, але більшою мірою вона торкається молоді. Проблема молоді, її виховання, самоствердження, роль в системі соціальних зв'язків і соціальних відносин займає чільне місце. Адже саме молоді належить будувати демократичне

суспільство і правову державу. Від того наскільки молодь здатна фахово і морально брати участь у цих процесах залежить майбутнє України.

Наркотики знайомі людям вже декілька тисяч років. Їх споживали люди різних культур, в різних цілях: під час релігійних обрядів, для відновлення сил, для зміни свідомості, для зняття болю і неприємних відчуттів.

Ще в дописьмовий період ми маємо свідоцтва того, що люди знали і використовували психоактивні хімічні речовини: алкоголь і рослини, споживання яких впливає на свідомість. Археологічні дослідження показали, що 6400 р. до н.е. люди вже знали пиво і деякі інші алкогольні напої [54, 28-34].

Очевидно, процеси бродіння були відкриті випадково (виноградне вино, між іншим, з'явилося тільки в 4-3 ст. до н.е.). Розкопки археологів свідчать про те, що вино було відомо в стародавньому Єгипті ще в 3-му тисячолітті до нашої ери. У міфах стародавньої Греції, у творах Гомера і Платона неодноразово згадується величезна кількість вина на бенкетах та святах.

Вино замінювало прохолодні напої, які ще не навчилися виробляти. Воно вживалось звичайно до м'яса й сприяло процесу травлення.

Використовувалися і різні рослини, що викликають фізіологічні і психічні зміни, зазвичай в релігійних обрядах або при проведенні медичних процедур. Наприклад - використання на Близькому Сході в 5 тис. до н.е. "злаку радості" (видно, опіумного маку) [19, 35].

За даними О. М. Кокун близько 2700 р. до н.е. в Китаї вже використовували коноплі (у вигляді настою, як чай): імператор Шен Нунг наказував своїм підданам приймати її як ліки від подагри і неуважності. Люди кам'яного століття знали опіум, гашиш і кокаїн і використовували ці наркотики для зміни свідомості (в ході релігійних обрядів) і при підготовці до битви. На стінах похоронних комплексів індійців Центральної і Південної Америки є зображення людей, що жують листя коки (один із способів прийому кокаїну), що датуються серединою 3 тис. до нашої ери. Потрібно мати на увазі, що факт використання наркотику в одній культурі має рацію припускати, що і в інших

культурах в цей же самий час люди знали цей наркотик і вживали його. Як і зараз, у вживанні наркотиків людьми різних культур є і схожість і відмінності.

Впродовж всієї історії контакти між далекими культурами відбувалися завдяки торгівлі і війнам. Наприклад, в результаті хрестових походів і подорожей Мазко Порожнисто європейці дізналися про опіум і гашиш, широко поширені на Сході. Пізніше за подорож європейців (головним чином англійців, французів, португальців і іспанців) до Америки принесли нові відкриття. Основні психоактивні речовини, привезені до Європи з Америки, - кокаїн (з Південної Америки), різні галюциногени (з Центральної Америки) і тютюн (з Північної Америки). Як показали дослідження, між культурами відбувався двосторонній обмін. Батьківщина кавового дерева - Ефіопія. Європейці познайомилися з кавовим напоєм в 17 столітті, моряки завезли кавові зерна до Південної Америки, яка тепер є головним світовим виробником кави. Додамо, що з Європи до Америки прийшов алкоголь, отриманий в результаті перегонки, а в Чилі в 1545 році з'явилися коноплі [27, 46].

До початку XX століття практично не існувало обмежень на виробництво і споживання наркотиків. Іноді робилися спроби скоротити або взагалі заборонити використання певних речовин, але вони були нетривалими і, як правило, невдалими. Наприклад, тютюн, кава і чай були спочатку зустрінуті Європою в багнети. Перший європеєць, що закурив тютюн, - супутник Колумба Родріго де Херес – після прибуття до Іспанії був поміщений у в'язницю, оскільки влада вирішила, що в нього вселився диявол. Було декілька спроб оголосити поза законом каву і чай.

Таким чином, на початку XIX століття термін «наркотичні засоби» застосовувався для позначення лікарських засобів, що спричиняють специфічну дію на нервову систему, блокуючи передачу нервового імпульсу (знеболююче, снотворне), а також застосовуваних у хірургії. В сучасних умовах термін «наркотичні засоби», або «наркотики», крім медичного, набув також соціального і юридичного значення [68, 27].

Сучасні дослідження наркологів, психіатрів, психологів показують, що головними факторами виникнення потягу до психоактивних речовин є:

- несприятлива мікросоціальна ситуація розвитку;
- певні вікові особливості;
- відхилення у функціонуванні вищої нервової системи.

Розглянемо ці фактори детальніше.

Несприятлива мікросоціальна ситуація, в якій опинилася людина. Включає певні вади сімейного та шкільного виховання. Окрім фактору виховання у неблагополучній сім'ї, де батьки (або один з них) п'ють, ведуть аморальний спосіб життя, діти постійно бачать сварки, а то і бійки, до вад сімейного виховання також слід віднести різні типи деструктивного сімейного виховання. Зокрема:

1. Виховання по типу гіпопротекції для якого характерними є підвищена увага до дітей, позбавлення їх самостійності, надмірний контроль за поведінкою. Такий тип виховання викликає або гіпертрофовану реакцію емансипації, і підліток взагалі виходить з-під контролю, стає некерованим, або формується конформний (пасивний, пристосовницький) тип особистості. Такий підліток стає безвольним, в усьому залежним від лідера, більш активного, ніж він сам.

2. Виховання по типу гіперпротекції, навпаки означає знижену увагу до дитини. У цьому випадку батьки мало цікавляться її справами, успіхами, переживаннями. Як результат - у підлітка відсутня звичка планування своєї поведінки, організованості у діяльності; формується комплекс неповноцінності, агресивність, злобливість.

Альтернуючий (змінний) тип емоційних стосунків з боку батьків та неконгруентність спілкування батьків з дітьми. Неконгруентність – невідповідність слів батьків інтонації та міміці. Результатом, як правило, є рухова розторможеність, гіперактивність, невміння концентрувати увагу, виробляти форми цілеспрямованої поведінки [36, 21-24].

Великий вплив на людину, її формування має соціальне середовище в якому вона знаходиться. Досить часто однією з найважливіших зовнішніх причин пристрасті до наркотиків є вплив групи однолітків, в якій панує наркоманський стиль життя.

Отже, вище викладені факти дають підстави говорити про те, що наркотик почав своє існування багато тисяч років тому. Наркотик існував у вигляді алкоголю і рослин, які впливали на свідомість людини, як психоактивна речовина. З роками суспільство виробляло свої обмеження вживання психотропних речовин, метою яких було перешкодити виникненню uzалежнення від них. На жаль, адміністративні методи, що застосовувалися, були малоефективні. Однією з причин було те, що не враховувались об'єктивні закономірності соціального життя, тобто те, як живе людина, наскільки вона відчуває себе щасливою і вільною, наскільки вона впевнена в завтрашньому дні.

Як вище зазначалося основними причинами потягу до психоактивних речовин були саме несприятлива мікросоціальна ситуація розвитку, певні вікові особливості та відхилення у функціонуванні вищої нервової системи. Це дійсно так і підтвердженням цього є масштабність і глобалізація проблеми наркоманії.

Але, поведінка людини зумовлюється її системою цінностей. Тому, не можливо змінити ситуацію на краще не впливаючи на систему цінностей сьогоденного покоління.

Як стверджують наркологи, не можна досягти успіху, якщо боротися тільки з наслідками проблеми.

Як відомо, що б перемогти ворога, його потрібно знати. Отже, автор книги "Наркоманія - дорога в безодню" В.Ю.Юнак виявив такі глобальні причини вживання наркотиків:

- Загальне падіння вдач, низька культура і духовність (віддалення від Бога) у значної частини населення.
- Складна соціально-економічна ситуація в країні (економічна нестабільність, зубожіння населення, безробіття і ін.).

- Відносна доступність наркотиків "на чорному ринку" (порівняно не висока ціна, велика кількість наркаторговців)

- Недосконалість антинаркотичного законодавства.

Щодо особистих причин, то В.Ю. Юнак виділяє наступні:

1. недолік виховної роботи і духовної освіти серед дітей і молоді;
2. обмежені можливості у молоді для культурного дозвілля;
3. скорочення мережі державних спеціальних лікувальних установ для наркоманів;
4. відсутність ефективних методик лікування наркоманів;
5. агресивна пропаганда наркотиків в деяких ЗМІ і виступах музичних, колективів (наприклад, рок-гуртів) і слабка безсистемна антинаркотична контрпропаганда;
6. Недостатнє фінансування програм, направлених на протидію незаконному обороту наркотиків і зловживанню ними;
7. діяльність різних сект, громадських організацій (типу «радикальної партії»), що виступають за легалізацію наркотиків і декриміналізацію відповідальності за незаконні дії з ними [47; 25]

Крім того наркоманія не може не відбитися на демографічній структурі суспільства. Демографічний спад в майбутні 15-20 років, за оцінками фахівців, може поставити країну на грань фізичного виживання.

Збільшується смертність серед підлітків від наркотиків. Так, за даними Мінохорони здоров'я за останні 10 років частка наркоманів серед школярів зросла в 6-8 разів, а смертність серед них від наркотиків за цей час збільшилася в 40 разів. Враховуючи, що переважна частина наркоманів не доживає до 30 років, можна стверджувати, що ця вікова група не дасть потомства, тобто не вступить в процес відтворення.

Одним із найжахливіших наслідків, який може бути від вживання наркотичних речовин це СНІД. Це відомо далеко не усім, але і тим, хто знає про наслідки залежності вважає, що його це мине. Дуже часто такі люди помиляються і гинуть.

У більшості наркоманів існують проблеми з житлом, роботою (її відсутність), а відповідно з грошима і законом. ВІЛ-інфікування стає для них ще однією проблемою. На жаль, цю небезпеку вони погано усвідомлюють, оскільки мало цікавляться санітарно - освітніми публікаціями і взагалі всім, що не стосується наркотиків.

Як писав філософ Е.Кант: «Зберігати своє життя — це обов'язок» [5, 24]. Проте у наркомана пригнічується інстинкт самозбереження, порушується принцип самого життя дотримувати свій борг перед нею, зберігати себе до останнього подиху.

Враховуючи, що ВІЛ-інфекція в нашій країні придбала форму епідемії, дослідники і лікарі вважають за необхідне в окремому розділі освітити тісний зв'язок наркоманії з СНІДом. Не випадково указом Президента України від 10.12.96 р. № 1184/96 об'єднані державні програми по профілактиці СНІДу і наркоманії і утворений Національний комітет з профілактики наркоманії і захворювання на СНІД. [46; 43]. До цього указу профілактика наркоманії знаходилася виключно в компетенції Міністерства охорони здоров'я, Міністерства освіти і Міністерства внутрішніх справ України, відповідно профілактична робота проводилася кожним міністерством окремо, а значить, не погоджено. Проте час продиктував необхідність створення Національного комітету з його справжнім статусом і компетенцією, об'єднавши в ньому профілактику Сніду і наркоманії. Актуальність такої реорганізації очевидна, оскільки існує незаперечно жорсткий зв'язок наркоманії з епідемією Сніду. Цей зв'язок відзначають і деякі зарубіжні учені. Доктор Рон Байер з Нью-Йорка вважає, що результат боротьби з Снідом буде нікчемним, поки не загальмують процес розпосюдження наркоманії [46, 31-45].

З усього вище сказаного можна зробити висновок, що вживання наркотиків - одна з найбільш серйозних молодіжних проблем в нашій країні. Кількість наркоманів постійно росте, а середній вік їх зменшується. Проблема посилюється кримінальною ситуацією, ризиком зараження різними інфекціями, включаючи СНІД.

Наркоманія за своєю масштабністю та наслідками майже не має собі рівних серед інших медико-соціальних, економічних та моральних-правових проблем. Вона охопила усю нашу країну і з кожним роком втягує ще більшу кількість молодого покоління. Ця хвороба вбиває тисячі людей, тим самим нагадуючи про своє існування. Вона охоплює усе соціальне середовище – молоді, підлітків.

На жаль, в наш час, немає ефективного підходу до лікування цієї хвороби. Незважаючи на це чимало дослідників і лікарів намагаються знаходити шляхи подолання і вирішення цієї проблеми.

1.2. Теоретичний аналіз проблеми наркоманії в Україні

Проблему наркоманії як соціальну глобальну хворобу розглядав нарколог Ю.Р Зелінський у своїй статті «Коли ти на дні, є одна дорога – вгору». Він виокремив такі основні причини, за яких наркоманія так швидко розповсюджується в Україні:

- 1) Руйнування системи дитячих і молодіжних організацій.
- 2) Різка зміна соціального статусу - розшарування в суспільстві.
- 3) Масовий вплив західної культури і пропаганда західного стилю життя.
- 4) Ціннісна криза в суспільстві - втрата життєвих цінностей.
- 5) Послаблення сімейних зв'язків (у окремих випадках) [4, 11].

Все це призвело до того, що молодь, а саме вона починає вживати наркотики. Проблема дитячої і підліткової наркоманії в Україні досягла катастрофічних розмірів: на сьогоднішній день вже кожен другий школяр пробував наркотики [10, 11].

Наркоманією, в першу чергу, виявляються зачепленими нижчі шари суспільства. Діти з малозабезпечених, сімей, батьки в яких п'ють, що знаходяться без нагляду батьків, починають в ранньому віці вживати

алкогольні напої, нюхають бензин, клей «Момент» і «Гумовий», потім переходять на анашу, макову соломку, паркопан, кетамін. Потім вже пробувають важкі наркотики, такі, як «гвинт» і підсаджуються.

І якщо для них це спосіб піти від дійсності, то нащадки багатих батьків починають приймати наркотики заради «крутизни». Як не дивно, для них нижчий шар є якимсь уособленням свободи і безкарності, і вони по-своєму йому заздять. Вони мимоволі повторюють їх дії і намагаються таким чином виділитися перед однолітками. Багаті починають з паркопана, анаші, екстази, потім переходять на героїн, кокаїн.

Сучасна ситуація в Україні, що пов'язана з наркоманією, дедалі загострюється, зростає вживання серед населення наркотичних засобів, розширюється їх діапазон, збільшується надходження «важких» наркотиків іноземного виробництва. Є усі підстави стверджувати, що наркоманія – масштабна соціальна проблема українського суспільства.

За даними опитувань, п'ята частка молодих людей знайомі з дією наркотиків. Але за рік кількість молоді, що вживає наркотики зросла майже на 6% .

Аналіз показників у гендерному розрізі показує, що хлопці частіше, ніж дівчата пробавляються наркотиками. При цьому, порівняно з минулим роком, відзначається збільшення числа підлітків, що захоплюються наркотиками на 9,1%, дівчат на 2,1% [14, 432].

В місті підлітки вживають наркотики вдвічі частіше, ніж на селі , при цьому в обох типах поселень зафіксовано збільшення числа споживачів наркотиків серед підлітків.

Найістотнішими причинами вживання наркотиків є цікавість, бравада, прагнення до незвичайних відчуттів, вплив оточення. При цьому стає очевидним, що цікавість підігривається більш «досвідченими» товаришами і доповнюється власною самовпевненістю та наївністю початківця. Бажання випробувати незвичайні відчуття, спробувати щось, про що знають інші, підсилюється прагненням бути як усі, не виглядати білою вороною.

Сприятливою умовою при цьому є відсутність батьківського контролю за життям і дозвіллям дитини.

Перший фактор, що набрав найбільшої ваги, свідчить про значний вплив оточення на ставлення підлітка до наркотиків. Разом з тим стає очевидною важлива роль у цьому процесі такої особистісної риси, як конформізм. Він робить підлітка, з одного боку піддатливішим впливові оточення, з іншого боку – обумовлює некритичне мислення, зайву самовпевненість, браваду, що штовхають його на «героїчні» вчинки.

Наступним по ступеню впливу виступив фактор, названий «неблагополучна обстановка в родині». Він відбиває негативний вплив на соціальний розвиток і здоров'я дитини таких моментів, як порушені сімейні зв'язки, напружені взаємини дітей з батьками, відсутність батьківського контролю. При цьому найбільш важливим стає відсутність батьківської уваги.

Наступний по значимості фактор відбиває потреби молодої людини справитися зі стресом, змінити фізичний стан. При цьому очевидно, що використання наркотиків, як спосіб справитися з навантаженням – є деяка данина молодіжній моді. Підлітки часто відповідають, що наркотики допомагають їм підбадьоритися, набути робочого стану, що вживати наркотики – це круто, що наркотики дають змогу мати кайф, зазнати незвичайних відчуттів

Четвертий фактор відбиває вплив інформації на ставлення підлітків до наркотиків. Відсутність знань про наслідки вживання наркотиків, а також перекручені цінності і пріоритети стають благодатним ґрунтом для впливу інформації, що створює позитивне ставлення підлітків до наркотиків.

З початку 90-х років в Україні загострилася проблема підліткової наркоманії. Тенденцію до омолодження наркоманії в Україні підтверджує статистика. Сьогодні серед підлітків 10-14 років перший раз пробували амфетаміни - 0,9 %, марихуану або гашиш - 1%.

Таким чином, вік першого вживання наркотиків - 13-15 років, хоча в деяких містах України він значно менше - 9-13 років. Особливу тривогу

викликає неадекватне сприйняття погрози наркотизації. На думку 5% респондентів у віці 10-16 років, епізодичне вживання гашишу або марихуани не може ніяк зашкодити здоров'ю. 11% опитаних вважають, що при цьому виникає лише невеликий ризик.

Більш критично відносяться підлітки до ін'єкційної наркоманії, але є й такі, які у даній ситуації не бачать ніякого ризику або вважають його мізерно малим.

Природно це приводить до здійснення кримінальних вчинків. За останні 5 років число кримінальних випадків на ґрунті наркоманії в ціломуросло більш, ніж в 2 рази.

Виходячи з вищесказаного, підліткову наркоманію варто розглядати як соціально-педагогічну проблему. Основний акцент повинен ставитися на міри первинної, превентивної профілактики.

Комплексний аналіз підліткової наркоманії, як соціально-педагогічної проблеми, дозволяє визначити наступні педагогічні основи організації первинної профілактики підліткової наркоманії [22; 29].

1. Наркоманія розглядається як явище, що включає в себе кілька компонентів: соціальний, медичний, психологічний. Тому тільки облік всіх аспектів даної проблеми дозволяє сформуванати адекватне розуміння завдань, що стоять перед фахівцями різних галузей науки, у тому числі соціальних педагогів і психологів.

2. Наркоманія - соціально заразне захворювання. Тому не можна розглядати лікування на стадії залежності, що сформувалася, як єдиний засіб боротьби з поширенням наркоманії. Основний акцент повинен робитися на міри первинної, превентивної профілактики, спрямованої на підтримку й розвиток умов, що сприяють збереженню фізичного, особистісного й соціального здоров'я населення.

3. Профілактична робота найбільш ефективна серед добре адаптованих до умов шкільного навчання дітей. Програми повинні сполучити різні навчальні стилі, підходи й методики профілактичної роботи. Це дозволяє всім учням

освоїти необхідні знання, розвинути корисні соціально-психологічні навички відробити поведінкові моделі й схеми.

4. Метою попередження наркоманії є не збагачення підлітків знаннями про наркотичні речовини, а формування почуття відповідальності за себе, свої вчинки, своє життя, формування усвідомленої мотивації правового поведіння, надання можливості усвідомленого й адекватного вибору шляхів вирішення проблем.

5. Класичні методи навчання, такі як лекція, бесіда, спостереження, при профілактиці виявляються недейовими. Найбільш ефективними методами навчання, з урахуванням психології підліткового віку й специфіки первинної профілактики, є активні методи й, зокрема, соціально - психологічний тренінг.

6. Програми первинної профілактики підліткової наркоманії повинні впроваджуватися спеціально підготовленими фахівцями - соціальними педагогами.

Дуже важливим моментом у вивченні та прогнозуванні епідемічного зростання ряду захворювань, пов'язаних у молодіжному віці, є вид споживаних наркотиків. Досить поширеними в наш час є маріхуана, опійна група і медичні препарати. Поза сумнівом, що вживані наркоречовини визначають не тільки ступінь інфекційної небезпеки для самих споживачів, не тільки характер їх поведінки, але навіть і взаємовідносини між самими споживачами наркотиків.

Вважається, що застосування «чистих» наркотиків (до них слід віднести синтетичні і медичні препарати) певною мірою знижує ризик інфікування, так само як і наркотики, призначені для куріння або пігулки (екстазі).

Разом з тим тут є інший аспект проблеми. Як правило, всі чисті, синтетичні і медичні препарати надають дію, що розкріпачує, а також ефект підвищення лібідо і сексуальної потенції. Таким чином, в мотивацію споживача наркоречовин вводиться додатковий мотиватор, пов'язаний з його сексуальною потребою. Особливо виразно це виявляється у жінок, що обумовлене суто біологічними (обмінними, фізіологічними і т.д.) особливостями їх організму. У подальшому даний мотивуючий чинник цілком замінюється на мотивування

залежності від препаратів і сприяє тому, що жінка вимушена займатися проституцією для того, щоб забезпечити себе постійною дозою наркоречовини.

«Грубі наркотики» (на зразок ханка) здійснюють різко гальмуючий вплив на споживача, що призводить до того, що через 1,5-2 роки сексуальна потреба у наркомана повністю пропадає [20, с. 48-53].

Зараз в Україні існує розгалужений ринок наркотичних речовин, що склався. Сформувалася наркотична субкультура. Ринок наркотичних препаратів достатньо різноманітний. У структурі споживаних речовин (табл. 1) як і раніше лідирують каннабіс, опіати, але поступово підвищується інтерес наркозалежних до таких наркотиків як кокаїн і героїн (7,8%), значно збільшилася частка полінаркоманів.

Нижче наведена таблиця (таб.1.1.) була взята з документів Житомирського центру ресоціалізації наркозалежної молоді «Твоя перемога».

Таблиця 1.1.

Споживання психотропних речовин

Вид того, що вживається	Кількість опитаних	Розподіл %	Рангове місце	Відзначили як основний наркотик %	Рангове місце
Каннабіс	296	64,8%	1	12,0%	4
Опіати	177	44,3%	2	87,6%	1
Психостимулятори	154	38,6%	5	21,5%	2
Галлюциногени	176	44,0%	3	16,0%	3
Барбітурат	142	35,6%	4	0,3%	6
Токсичні Речовини	31	7,8%	7	-	7
Кокаїн	95	23,8%	6	10,5%	5

Ця таблиця була складена на основі соціального опитування, яке проводили працівники житомирського центру «Твоя перемога». Опитування проводилося у 2017 році у таких містах України як: Харків, Житомир, Одеса, Вінниця, Львів, Чернігів. Звідси дослідники зробили деякі висновки.

Загальна сума відсотків є більше 100, оскільки респонденти могли вибрати декілька видів наркотиків. Субкультура зазвичай визначається як система сумісних вірувань, відносин і символів, диференціюючих певну групу в межах більшого культурного співтовариства. У наркотичній субкультурі наркотик або вживання наркотичних речовин може стати символом групи.

Але слід враховувати, що вживання наркотичних і токсичних речовин представляється тільки частиною системи цінностей субкультури.

Звичайне вживання наркотиків стає в один ряд із загальним ставленням до життя, при цьому наркотик може бути символічно пов'язаний з молодістю, що досягла успіху і матеріально забезпеченою.

Проте навіть вживання такого "легкого" наркотика як маріхуана, при якому ризик звикання відносно невеликий, відбувається зміна системи його цінностей внаслідок того, що швидко наступають прояви амотиваційного синдрому. За даними соціологічного дослідження «Споживання психотропних речовин», 58,5% споживачів наркотиків починали свою "наркотичну кар'єру" з вживання маріхуани, 16% з галюциногенів, 9,3% з токсичних речовин, 5,5% з кокаїну, 4,3% з психостимуляторів, 3,8% з опіатів, 2,5% з барбітуратів [19, с.35-48].

Багато чинників мають важливе значення для початку вживання наркотиків, продовження і відмови від подальшого застосування. Як мотиви можуть виступати: задоволення цікавості, переживання почуття приналежності, відхід від чогось гнітючого (седативний ефект) і т.п. Важливо розуміти, що не існує єдиної все пояснюючої причини. При дослідженні підліткової наркотизації особливо важко помітна проблема причини і ефекту.

Вживанню наркотиків може передувати неуспішність, соціальна ізоляція, бунтарство, існують групи ризику. Проте, використання зухвалих засобів фіксується у всіх соціально-економічних групах (табл. 1.2).

Таблиця 1.2

Формування залежності

	Низький (%)	Середній (%)	Високий (%)
1. Соціальний статус. Дохід	15,6	56,5	27,5
2. Соціальний статус. Освіта	9,0	46,8	44,0
3. Соціальний статус Соціально-посадова Позиція	27,8	57,5	14,5

Головні причини негативного ставлення до наркоманів в суспільстві, в тому числі українському, пов'язана з такими зовнішніми проявами як порушення громадського порядку, нетрудовий спосіб життя, прямий зв'язок з наркобізнесом. Напружені відносини в умовах насадження заборонного законодавства і майже тотальної необізнаності щодо наслідків наркотизма і наркоманії приводять до ізоляції наркоманів від суспільства.

Методики дослідження включали як стандартні індикатори вживання і формування залежності, так і ряд змінних для перевірки пояснювальних гіпотез наркотизму як соціального явища [46, 3].

Отже, проаналізувавши вище викладені факти і дослідження можна зробити висновок, що наркоманія це дійсно масштабна соціальна проблема українського суспільства. І це не викликає ні найменших сумнівів, адже кожен день від наркотиків гинуть десятки людей і це переважно підлітки та молодь.

Дослідники вважають, що саме різка зміна соціального статусу - розшарування в суспільстві; ціннісна криза в суспільстві - втрата життєвих цінностей та масованій вплив західної культури і пропаганда західного стилю життя є основними причинами такої адиктивної поведінки молоді та підлітків. Тому вони стають заручниками наркоманії.

РОЗДІЛ 2

ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ВИКОРИСТАННЯ АРТ-ТЕРАПІЇ В РОБОТІ З ОСОБАМИ З НАРКОТИЧНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ

2.1. Арт-терапія як вид психологічної корекції

Поява арт-терапії (термін А. Хілла) як області теоретичного і практичного знання на стику мистецтва і наук відносять приблизно до 30-х років минулого століття. Еволюція поняття «арт-терапія» відображає процеси відокремлення трьох самостійних напрямків: медичного, соціального, педагогічного.

Спочатку словосполученням «арт-терапія» позначали різні методи використання всіх видів мистецтва і творчої діяльності з терапевтичними цілями. Поступово склалися такі різновиди: терапія відволікаючими враженнями, терапія зайнятістю (з метою навчання хворих і відволікання їх від переживань, пов'язаних з хворобою), трудова терапія і соціальна реабілітація (трудотерапія на основі виробничої діяльності осіб, що проходять лікування та реабілітацію). Останній різновид має й інші назви: індустріальна терапія або терапія трудовою діяльністю.

Займаючись візуальним мистецтвом, люди реалізують свою здатність до оригінальної дії і творчості (С. Скейфі).

Психотерапевтичний напрямок арт-терапії побудований на тісному психотерапевтичному контакті і, безсумнівно, передбачає ґрунтовні професійні знання у відповідних галузях - медицини та психоаналізу. Різні форми психотерапії широко використовуються в дитячій психотерапії та спеціальній (корекційній) педагогіці.

Поступово відокремлюється педагогічна арт-терапія.

Одні автори розглядають арт-терапію як особливу форму психотерапії, за допомогою візуального мистецтва та взаємодії між психотерапевтом і

пацієнтом з лікувальною метою. Інші - як альтернативну практику, акцентуючи увагу на творчу діяльність, гармонізацію і загальне оздоровлення особистості.

У тринадцяти англomовних країнах «Art Therapy» розглядають в контексті так званих пластичних мистецтв: живопису, графіки, скульптури, дизайну та інших форм творчості, в яких візуальний канал комунікації відіграє провідну роль.

В контексті однозначності терміна складова «арт» розглядається згідно англomовного оригіналу - візуальні мистецтва. Арт-терапія - одна зі складових більш широкої категорії - терапії мистецтвом.

Арт-терапія в ієрархії напрямків на основі мистецтва і творчої діяльності розглядається як тип терапії мистецтвом.

До класу терапії творчістю (креативна терапія) входить підклас: експресивна терапія сімейства:

- терапія творчим самовираженням;
- музична терапія;
- ігрова терапія;
- казкотерапія;
- бібліотерапія;
- танцювальна терапія;
- тілесно-рухова терапія;
- арт-терапія.

Види арт-терапії:

- ізотерапія (малюнкова терапія)
- візуальна (терапія образами)
- медитативне малювання
- мультимедійна (інтегративна)

Термін «терапія творчістю» або креативна терапія об'єднує групу напрямків, заснованих на різних видах творчої діяльності учасників - малювання, драма, танець, музика та інше.

У деяких перекладах зарубіжної літератури вживається термін «художня терапія», але він також не є синонімом арт-терапії.

Арт - терапія це - комплекс різноманітних форм творчого (художнього) самовираження із застосуванням малювання, живопису, скульптури, музики, вокалізації і імпровізації - в умовах, які забезпечують підтримку людини, з метою стимулювання її особистісного зростання, розвитку і лікування (Н. Роджерс).

«Експресивна терапія являє собою процес самодослідження за допомогою будь-якої художньої форми, яка приходить до нас з емоційних глибин. Ця терапія не зводиться до створення «приємної» картини. Вона не є танцем, готовим для сцени. Вона не є і віршем, який переписується знову і знову з метою досягнення досконалості» (Н. Роджерс).

Таким чином, **арт-терапія** - це самостійна область теоретичних знань і практичної роботи, яка має власну наукову «мову» - понятійний апарат.

Учасники арт-терапевтичного процесу: учасник, (рідко - персона, особа, суб'єкт), пацієнт, клієнт; психолог, педагог, провідний, керівник, організатор, арт-терапевт, супервізор.

Діяльність в арт-терапевтичному процесі має свою назву:

- арт-терапевтична робота,
- арт-терапевтична практика,
- інтеграційна арт-практика.

Період арт-терапевтичної роботи: сесія, заняття, воркшоп (workshop), майстерня.

Місце арт-терапевтичної роботи: арт-терапевтичний кабінет, арт-терапевтична простір, клас, зал, приміщення.

Форми арт-терапевтичної роботи: індивідуальні та групові (індивідуальна і групова арт-терапія); арт-форми, мультимедійні форми, інтегративні форми і інше.

Різновиди арт-терапевтичних груп: тематично-орієнтована; студійна; відкрита; закрита; структурована і ряд інших.

Технологія арт-терапевтичної роботи: арт-терапевтичні техніки (арт-техніки), методика, методи, прийоми, вправи; техніки образотворчої експресії, техніки спрямованої візуалізації, арт-терапевтичні ігри та інше.

Арт-терапевтичний процес це:

- груповий процес;
- арт-терапевтична діагностика;
- арт-терапевтична корекція;
- спонтанна образотворча діяльність;
- спонтанне самовираження;
- вербальна і невербальна комунікація;
- спілкування на символічному рівні;
- символічна мова;
- перенесення;
- контрперенос;
- візуалізація;
- візуальне мистецтво;
- терапевтичний малюнок;
- образотворча творчість;
- арт-терапевтична продукція;
- образотворча продукція, образотворчий продукт, продукти творчості, арт-терапевтичне середовище, арт-терапевтична атмосфера, простір.

Результатами арт-терапії є групова динаміка, завершення циклу арт-терапевтичних сесій, арт-терапевтична підтримка та арт-терапевтичний супровід.

Отже, за допомогою перерахованих термінів можуть бути описані різні сторони арт-терапевтичної теорії і практики.

Не дивлячись на наявні відмінності, всі напрямки арт-терапії розглядають образотворче мистецтво як засіб для інтеграції та реінтеграції особистості.

Суб'єктом аналітичної моделі арт-терапії є пацієнт, а основні цілі - діагностика, психоаналіз і лікування. Ця особлива форма психотерапії застосовується також і як оздоровчий, корекційний та профілактичний метод, направлений на зміцнення психічного здоров'я. Психотерапевти розглядають арт-терапію як засіб емоційного виховання і освіти.

В даному контексті цікавою є позиція Ф. Ніцше. Для нього здоров'я означало свободу від хвороби, та здатність людини з нею справлятися. Саме ця здатність актуалізується в процесі образотворчого творчості.

Словосполучення «арт-терапія» в науково-педагогічній інтерпретації розуміється як турбота про емоційне самопочуття і психологічне здоров'я особистості, групи, колективу засобами художньої діяльності.

Говорячи офіційною науковою мовою, *арт-терапія в освіті* - це системна інновація, яка характеризується:

- 1) комплексом теоретичних і практичних ідей, нових технологій;
- 2) різноманітням зв'язків з соціальними, психологічними і педагогічними явищами;
- 3) відносною самостійністю (відособленістю) від інших складових педагогічної дійсності (процесів навчання, управління, тощо);
- 4) здатністю до інтеграції, трансформації.

І дитина, і дорослий в арт-терапевтичному процесі набуває цінного досвіду позитивних змін. Поступово відбувається поглиблене самопізнання, самоприйняття, гармонізація розвитку, особистісний ріст. Це потенційний шлях до самовизначення, самореалізації, самоактуалізації особистості.

Якщо кожен учасник відчуває глибокий інтерес психолога до себе і своїх робіт, виникає справді цінний контакт як основа продуктивної взаємодії.

Разом з тим, в роботі зі свідомістю і підсвідомістю особистості необхідно дотримуватися особливої обережності, бути по-справжньому чесним і чутливим (Ф.С. Сомер, С. Хоган).

Взаємодія з іншими людьми, надання їм психологічної допомоги та підтримки вимагають від фахівця розуміння самого себе, свого внутрішнього

світу, власних мотивів, потреб, про протиріч, усвідомлення зони емоційних проблем і позитивних сторін своєї особистості.

Важливо, щоб кожен ставився до себе як до суб'єкта власних змін, розумів і приймав відповідальність за розвиток і особистісний ріст. Арт-терапевт розділяє цю відповідальність та створює необхідні умови для самовираження і самопізнання. Найбільшу допомогу, як тонко помітила Н.Роджерс, ми надаємо людині тоді, коли щиро «прислуховуємось» і проявляємо повагу до її здатності знайти свою власну відповідь.

Звернемося далі до різних визначень категорії «арт-терапія».

По-перше, це динамічна система взаємодії між учасником (дитиною, дорослим), продуктом його образотворчої творчої діяльності та арт-терапевтом (психологом, педагогом) який фасилітує у арт - терапевтичному просторі.

По-друге, арт-терапія може розглядатися в якості терапевтичної процедури на основі образотворчої творчості.

По-третьє, це інноваційна технологія.

Характерно, що процедурна сторона, яка визначена алгоритмічністю дій, притаманна технологіям, вираженим в структурованих арт-терапевтичних заняттях (сесіях). Це дозволяє відтворювати і транслювати прийоми, методи, процедури, а також отримувати передбачувані результати.

Разом з тим технологія арт-терапії відрізняється творчою варіативністю. Адже символічна мова малюнка точніше, ніж слова, передає зміст внутрішнього світу особистості, природна і приваблива, зрозуміла в будь-якому віці людям різних культур.

Використання терапевтичного малювання в роботі дозволяє розширити діапазон гуманістично орієнтованих способів досягнення педагогічних цілей.

За образним висловом В. П. Беспалько, «з мистецтва все починається, технологією закінчується, щоб потім все почалося спочатку».

Зобразимо модель арт-терапевтичної взаємодії графічно (рис. 2.1).

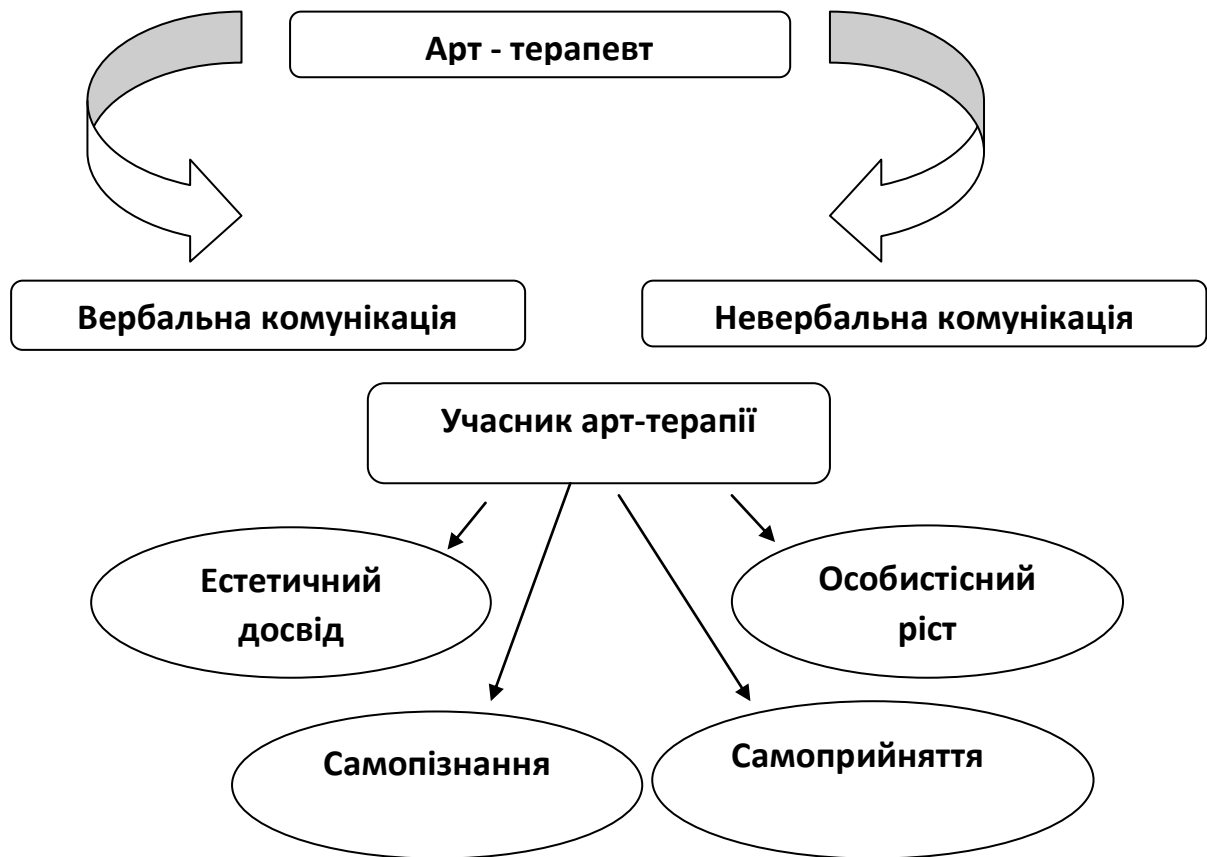


Рис. 2.1 Особливості арт-терапевтичної взаємодії

З запропонованої схеми випливає, що основні суб'єкти арт-терапевтичного процесу: учасник (підліток, дорослий) і арт-терапевт (педагог, психолог) взаємодіють між собою вербально на символічному, асоціативному рівні, а також за допомогою невербальної, візуальної комунікації через «продукти творчості».

Як видно зі схеми, його складові - сам арт-терапевт, учасник і побудований ним художній образ.

Як відомо, будь-які психотерапевтичні відносини супроводжуються феноменами перенесення і контрпереноса.

Основні уявлення про ці процеси були розроблено ще З.Фрейдом і К.Юнгом. Зокрема з позицій класичного психоаналізу, перенесення - це несвідомі тенденції і фантазії, які виникають в психіці пацієнта в процесі аналізу у вигляді серії «ситуацій, що відображають дитячий досвід спілкування

з найбільш близькими йому людьми, але відносяться вже не до минулого, а до особистості аналітика в сьогоденні».

Термін «контрперенос» вживається для опису багатьох емоційних реакцій фахівця на особистість учасника взаємодії. Подібні реакції можуть бути як перешкодою, так і джерелом кращого розуміння іншої людини.

Арт-терапевтична практика - особлива область прояви перенесення і контрпереноса. З одного боку, ці поняття позначають ті усвідомлювані і неусвідомлювані реакції на особистість фахівця, які виникають в психіці учасника групи. З іншого боку, - реакції на особистість клієнта, що виникають в психіці фахівця.

Відносини між ними розглядаються як діалог двох особистостей, в якому простежується різноманітність їх людських якостей, включаючи свідоме і несвідоме.

Це і визначає специфічні особливості процесів, що розглядаються в арт-терапії, а саме:

- перенесення проявляється не тільки в емоційних реакціях, особливості поведінки і висловлюваннях клієнта, а й в створюваних ним образах;
- контрперенос може бути викликаний як вербальним взаємодією з учасником, так і результатами його творчої діяльності.

Названі механізми взаємодії відображені у вигляді схеми на рис. 2.2

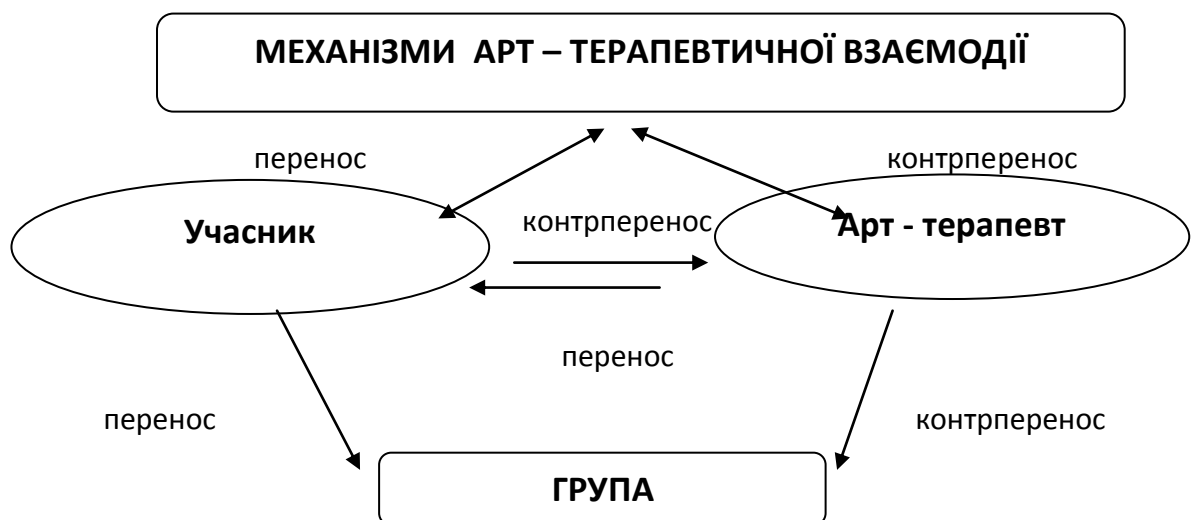


Рис. 2.2 Механізми арт-терапевтичної взаємодії

Отже, в процесі арт-терапії перенесення і контрперенос спостерігаються за трьома основними каналами комунікації:

- клієнт - образотворчі засоби і продукти його художньої творчості;
- клієнт - арт-терапевт;
- арт-терапевт - продукти (образи) художньої творчості клієнта.

В даний час надається велике значення дослідженню перенесення і контрпереноса в навчанні. Це пов'язано з тим, що педагог і учні вступають в досить інтенсивну емоційну взаємодію, що дає змогу отримувати власний життєвий досвід, усвідомлювані і неусвідомлювані почуття, очікування.

У повсякденному житті перенесення виникає мимоволі як явище, головним чином, несвідоме. Людина може переживати у вигляді емоцій, мотивів, фантазій, відносин, ідей або ж захистів проти них.

Проекція - ще один феномен арт-терапевтичних відносин.

3. Фрейд розглядав це поняття як неусвідомлений перенос на інших осіб або зовнішні предмети тих переживань і властивостей, носієм яких є сам суб'єкт, з якої-небудь причини нездатний прийняти в собі ці переживання і властивості.

В результаті проекції при роботі з образотворчим матеріалом суб'єктивний досвід людини стає доступним для сприйняття і усвідомлення.

Поняттям «інтроекція» зазвичай описують процеси ідентифікації фахівця з переживаннями клієнта, засновані на емпатії, антипатії, симпатії та інших афективних явищах, що виникають у взаємодії.

Саме фахівець привносить в арт-терапевтичний процес індивідуальні риси, які обумовлені теоретичною підготовкою досвідом, а також особистісними особливостями. Його індивідуальність багато в чому визначає кінцеві результати роботи.

Є широкий спектр показань для проведення арт-терапевтичної роботи в системі освіти, причому не тільки з учнями, але і в педагогічному колективі.

Серед них:

- негативна «Я-концепція», дисгармонійна, перекручена самооцінка, низький ступінь самоприйняття;
- труднощі емоційного розвитку, імпульсивність, підвищена тривожність, страхи, агресивність;
- переживання емоційного стану, почуття самотності, стресові стани, депресія;
- не адекватна поведінка, порушення відносин з близькими людьми, конфлікти в міжособистісних відносинах, незадоволеність в сімейній ситуації, ревності, ворожість до оточуючих.

Арт-терапевтичні заняття ефективні при порушеній адаптації, з метою психологічної допомоги учням, які зазнають труднощів у навчанні.

Доведені переваги арт-терапевтичної роботи з учнями і дорослими, які зазнали насильства або мають будь-якої іншої травматичний досвід. За твердженням Д. Джонсона, через дисоціації травмуючих спогадів у потерпілого порушується здатність до словесного вираження почуттів, в силу потужного психологічного захисту і особливостей нервових процесів, пов'язаних з враженнями від драматичних подій. При цьому, зазначає автор, образи вкарбовуються як «спалах», передаються, ніби фотографія, всі найдрібніші подробиці. Саме тому вони можуть бути відтворені лише за допомогою візуального каналу комунікації.

Образотворчі засоби надають унікальну можливість для відображення, усвідомлення і переробки травматичних спогадів. А в процесі малювання вдається спостерігати драматичні події як би з боку, абстрактно. Для цього використовуються техніки графічного моделювання ситуацій, розповіді в картинках, ретроспективний огляд робіт, твір історій та інші.

З точки зору К.Тісдейл, завдання арт-терапевтичної роботи - спонукати учасників групи вчитися за допомогою того досвіду, який раніше не був ними усвідомленим, «розкривати» логіку. Чим більш зрозумілою людина стане для

себе самої, чим краще впливу власної особистості на оточуючих, тим більше він буде здатний до осмислення можливих відхилень у своїй поведінці [44].

Іншими словами, в спонтанному малюнку неусвідомлене, приховане «внутрішньою» цензурою, не тільки проявляється, але і усвідомлюється. Дізнаючись щось нове про себе, суб'єкт розвивається інтелектуально і емоційно.

Побічний продукт арт-терапії, за словами К. Рудестама, - почуття задоволення, яке виникає в результаті виявлення прихованих талантів і їх розвитку.[50].

«Дефіцит любові» призводить до тяжких наслідків в духовному розвитку підлітків. При цьому саме підлітки сприймають світ відносин у вузькому діапазоні мінорних настроїв: смутку, образи, ворожості і страху. Вони спотворено бачать і реальні відносини між людьми.

Якщо людині бракує любові, виникають так звані «психічні відхилення», труднощі характеру, дефекти особистості аж до душевних захворювань [59].

За свідченням Д. Джеффріс, в основі найбільш жорстоких випадків насильства дорослих лежать хворобливі, травмуючі переживання, пов'язані з приниженнями і неприйняттям людини в дитинстві. Дефіцит уваги призводить до погіршення успішності, нерідко до агресивної та асоціальної поведінки учнів як способу компенсації недоліку визнання і любові з боку дорослих.

Безумовно, арт-терапія не представляє чудодійну силу, здатну повністю зруйнувати поведінкові і ментальні особливості. Разом з тим в арт-терапевтичному процесі суб'єкт набуває досвід позитивних індивідуально-особистісних змін.

«Зцілювати» факторами є групова згуртованість і підтримка, реалізація альтруїстської потреби, освоєння нових ролей і прояв латентних якостей особистості, отримання зворотного зв'язку в умовах особливої, демократичної атмосфери, обумовленої рівністю прав і відповідальності (теорія І. Ялом).

Основною метою групової арт-терапії є досягнення певних змін у соціальній поведінці учасників групи. В той же час вона не пов'язана з

«лікуванням» в медичному сенсі цього слова і в меншій мірі, чим індивідуальна арт-терапія, орієнтована на дослідження індивідуальних проблем, причин і механізмів розвитку хвороби.

Крім того, групова арт-терапія, дозволяє:

- ✓ розвивати цінні соціальні навички;
- ✓ надавати взаємну підтримку членам групи і дозволяє вирішувати загальні проблеми;
- ✓ спостерігати за результатами своїх дій і їх впливати на тих, хто оточує;
- ✓ освоювати нові ролі і проявляти латентні якості особи;
- ✓ спостерігати, як модифікація рольової поведінки впливає на взаємини з тими, що оточують;
- ✓ підвищити самооцінку і зміцнити особисту ідентичність;
- ✓ розвивати навички ухвалення рішень.

Основні форми групової арт-терапії які використовує психолог в своїй роботі.

Існує декілька варіантів групової арт-терапії, що розрізняються між собою, головним чином, за ступенем групової взаємодії і «структурованості»:

- а) студійна відкрита група (переважно неструктурована);
- б) аналітична закрита група (різний ступінь структурованості);
- в) тематично орієнтована група (різний ступінь відвертості і структурованості).

Студійна відкрита група - умови її роботи чимось нагадують художню студію, в ній відсутній постійний склад і на будь-якому етапі роботи до групи можуть приєднуватися нові учасники.

Показання до застосування студійної відкритої групи. Не дивлячись на розповсюдження інших форм групової арт-терапевтичної роботи, відкритим студійним групам перевага віддається, перш за все, в стаціонарах з тривалим перебуванням пацієнтів, наприклад в психіатричних лікарнях, в

спеціалізованих інтернатах і школах-інтернатах, в денних соціальних центрах і реабілітаційних установах.

Аналітична закрита група орієнтована в основному на роботу з неусвідомлюваними психічними процесами її учасників. Слово «закрита» в назві означає, що протягом всього часу склад групи залишається постійним. Аналітична група є комплексним видом роботи, що поєднує в собі як образотворчу діяльність клієнтів, так і вербальну комунікацію. Вербальний компонент може варіювати в широкому діапазоні: від спонтанних висловів, що коментують образотворчий процес, до групової дискусії. Групові аналітичні сесії вельми динамічні і включають на різних стадіях глибоке занурення учасників в самостійну роботу і колективне обговорення.

Тематично орієнтована група в порівнянні із студійною і аналітичною групами, як правило, припускає великий ступінь структурованості, яка досягається, головним чином, за рахунок використання тим, що зачіпають загальні інтереси і проблеми учасників. В більшості випадків тематично орієнтовані групи є напіввідкритими: деякі учасники на певному етапі можуть покидати групу, у будь-який момент вона може поповнюватися новими членами. Це допустимо, оскільки робота тематично орієнтованої групи не має динаміки, властивій аналітичній групі. В той же час робота цієї групи деколи динамічніша, ніж робота студійної групи. Її велика структурованість, в порівнянні з аналітичною групою, надає гальмуючу дію на групову динаміку. Як правило, тематично орієнтована група працює нетривалий час, націлюючись на певні аспекти досвіду її учасників і вирішення цілком конкретних завдань.

Стратегія формування психотерапевтичної групи.

Основні завдання консультанта в період формування групи такі:

- Визначити загальні цілі і конкретний напрям руху групи.
- Висунути ясні пропозиції з формування групи.
- Представити ці пропозиції фахівцям і вислухати компетентні думки.
- Заявити про набір в групу, надавши потенційним учасникам групи інформацію про неї.

- Організувати перед групове інтерв'ю для відбору членів групи і з метою їх орієнтації.

- Ухвалити рішення про остаточний склад групи.
- Сформувати практичне забезпечення групи.
- Отримати дозвіл батьків (якщо це необхідно).
- Організувати попередню групову сесію з метою знайомства, презентації основних правил і підготовки членів групи до отримання успішного групового досвіду.

- Забезпечити інформовану згоду на участь в групі, обговоривши можливий психологічний ризик участі в групі.

Динаміка психотерапевтичного процесу в групі.

Перша стадія - орієнтаційна стадія розвитку групи

Характеристики орієнтаційної стадії:

- Учасники перевіряють обстановку і знайомляться один з одним.
- Члени групи знайомляться з нормами і тим, що від них очікують, дізнаються про те, як функціонує група і як брати участь в ній найефективніше.
- Члени групи проявляють соціально бажану поведінку, ухвалення ризику порівняльне низьке, а дослідження характеризується напруженістю.
- Якщо члени групи готові виражати те, що вони думають і відчувають, поступово встановлюється групова згуртованість і довіра.
- Члени групи хвилюються з приводу того, чи будуть вони виключені з групи або включені в неї, вони шукають своє місце в групі.
- Центральною проблемою є формування довіри або його відсутність.
- Зустрічаються періоди тиші і незручності, члени групи можуть чекати вказівок.
- Члени групи вирішують, кому можна довіряти, наскільки вони можуть розкриватися, наскільки безпечна група, кому вони подобаються і не подобаються і наскільки можна включатися в роботу.

- Члени групи дізнаються про базові моменти групи — пошану, емпатію, схвалення, турботу і відповідальність — тобто про всі компоненти, які необхідні для побудови довіри.

Друга стадія - перехідна - робота з опором.

Перехідна стадія розвитку групи відмічена відчуттям тривоги і захисною поведінкою, яка виражається в різних формах опору. У цей період члени групи:

- Роздумують, що трапиться з ними, якщо вони розширять самоусвідомлення, і хвилюються з приводу того, чи будуть вони прийняті або знехтувані іншими членами групи.

- Випробовують консультанта і інших членів групи, намагаючись визначити, наскільки безпечне навколишнє середовище.

- Переживають внутрішню боротьбу між бажанням залишитися на периферії і ухваленням ризику.

- Проходять через боротьбу за владу і контроль, а також через конфлікт з іншими членами групи або консультантом.

- Дізнаються, як працювати з конфліктом і конфронтацією.

- Відчувають небажання повністю залучатися до роботи групи на особовому рівні, тому що не упевнені, що інші члени групи віднесуться до них відповідним чином.

- Спостерігають за консультантом, намагаючись визначити, чи гідний він довіри, і вчаться у нього тому, як вирішувати конфлікти.

- Вчаться тому, як виражати себе так, щоб інші прислухалися до них.

Третя стадія - робоча.

Характеристики робочої стадії:

- Високий рівень довіри і згуртованості.
- Комунікація усередині групи відкрита і включає точний вираз того, що переживається.

- Члени групи взаємодіють один з одним вільно і прямо.

- Члени групи готові йти на ризик дослідження лякаючого матеріалу і готові дозволити іншим дізнатися про себе. Члени групи приносять в групу особисті теми, які вони хотіли б обговорити і краще зрозуміти.
- Конфлікт між членами групи усвідомлений і опрацьовується відкрито і ефективно.
- Зворотній зв'язок надається вільно і приймається і розглядається у відкритій позиції.
- Конфронтація здійснюється так, щоб уникнути навішування ярликів або засудження.
- Члени групи готові працювати поза групою над досягненням змін в поведінці.
- Учасники відчують підтримку в своїх спробах змінитися і готові ризикнути і випробувати нові форми поведінки.
- Члени групи повні надій на те, що зможуть змінитися, якщо зроблять активні дії, і не відчують себе безпорадними.

Четверта — об'єднання і завершення.

В ході завершальної стадії відбувається об'єднання всього, чому вони навчилися, і всього, що вони дізналися. Це час для підведення підсумків, інтеграції і інтерпретації групового досвіду.

Початкова і завершуюча стадії - найбільш важливий час в житті групи. Якщо початкова фаза була ефективною, учасники зможуть дізнатися про один одного і встановити свою ідентичність. Розвивається атмосфера довіри і закладається основа для інтенсивної роботи на пізніших стадіях.

Фінальна стадія існування групи — критична, тому що це час, коли члени групи включаються в когнітивну роботу, необхідну для ухвалення рішення про те, як і коли використовувати те, що вони дізналися про себе і про інших.

Характеристики стадії.

В ході завершальної стадії розвитку групи виявляються наступні характеристики:

- Присутні печаль і тривога, пов'язані з усвідомленням неминучості відділення.
- Є вірогідність, що члени групи відступлять і їх участь стане менш інтенсивною напередодні закінчення групи.
- Члени групи вирішують, який напрямок вони хотіли б вибрати.
- Можуть виникати страхи, пов'язані з відділенням і з тим, наскільки членам групи вдасться застосувати те, чому вони навчилися, в повсякденному житті.
- Члени групи можуть виражати свої страхи, надії і неспокій і розповідати один одному про те, яким був їх досвід присутності в групі.
- Члени групи можуть оцінити груповий досвід.
- Вони можуть говорити про групу для поста зустріч або планувати свої дії, тому слід заохочувати їх втілювати свої плани в життя.

Таким чином, підводячи підсумки, арт-терапія:

- Створює позитивний емоційний настрій у групі.
- Полегшує процес комунікації з однолітками, педагогами, іншими дорослими. Спільна участь у художній діяльності сприяє створенню відносин взаємного прийняття, емпатії.
- Зміцнює культурну ідентичність учня, сприяє подоланню мовного бар'єру.
- Дозволяє звернутися до тих реальних проблем або фантазіям, які з яких-небудь причин важко обговорювати вербально.
- Дає можливість на символічному рівні експериментувати з різними почуттями, досліджувати і висловлювати їх в соціально прийнятній формі. Робота над малюнками, картинами - безпечний спосіб розрядки руйнівних і само руйнівних тенденцій (К. Рудестам). Дозволяє попрацювати над думками і емоціями, які людина привикла пригнічувати.
- Розвиває почуття внутрішнього контролю. Арт-терапевтичні заняття створюють умови для експериментування з кінестетичними і зоровими

відчуттями, стимулюють розвиток сенсомоторних умінь і в цілому правої півкулі головного мозку, що відповідає за інтуїцію і орієнтацію в просторі.

- Сприяє творчому самовираженню, розвитку уяви, естетичного досвіду, практичних навичок образотворчої діяльності, художніх здібностей в цілому.
- Підвищує адаптаційні можливості людини до повсякденного життя і навчання. Знижує втому, негативні емоційні стани і їх прояви, пов'язані з навчанням.
- Ефективна в корекції різних відхилень і порушень особистісного розвитку. Спирається на здоровий потенціал особистості, внутрішні механізми саморегуляції і зцілення.
- Дозволяє вибудовувати відносини з учнем на основі любові і взаємної прихильності і тим самим компенсувати їх можливу відсутність в рідній домівці.

2.2. Арт-терапія як основний напрям роботи психолога з особами з залежністю

На різних етапах розвитку суспільства мистецтво завжди цікавило людство, в останні ж десятиліття художня творчість високо оцінена знову. Багато людей виявили, що художня діяльність допомагає їм позбутися стресу, вирішувати проблеми, подолати важкі переживання і навіть позбавитись від болю та інших неприємних фізичних симптомів [22, 2].

Сьогодні в психології існує поняття «арт-терапія». Це порівняно нова галузь в науці, хоча І. Сусаніна зазначає, що цілющі ефекти мистецтва були відомі ще з давнини [22, 2]. Арт-терапія – це напрям у психології, що пов'язаний із розкриттям творчого потенціалу індивіду вивільненням його прихованих енергетичних резервів, і, в результаті, знаходженням ним оптимальних способів вирішення своїх проблем [8, 7].

Слово арт-терапія вперше почало використовуватися в англomовних країнах в 40-х роках ХХст. Ним позначились різні варіанти лікувальної і реабілітаційної практики [1, 7]. Автором терміна «арт терапія» вважають англійського дослідника А. Хілла.

І. Сусаніна пропонує визначення арт-терапії як галузі, що використовує невербальну мову мистецтва для розвитку особистості в якості засобів, що дають змогу контактувати з глибинними аспектами нашого життя, з внутрішньою реальністю, що складається з наших думок, почуттів, сприйняття і життєвого досвіту. Арт-терапія ґрунтується на тому, що художні образи здатні допомогти нам зрозуміти самих себе і через творче самовираження зробити власне життя більш щасливим [22, 2].

Потрібно зазначати, що спочатку словосполученням «арт-терапія» позначали різні методи використання всіх видів мистецтва і творчої діяльності з терапевтичними цілями. Поступово склалися такі різновиди: терапія відволікаючими враженнями, терапія зайнятістю (з метою навчання хворих і відволікання їх від переживань, пов'язаних з хворобою), трудова терапія і соціальна реабілітація (трудотерапія на основі виробничої діяльності осіб, які проходять лікування та реабілітацію). Останній різновид має й інші назви: індустріальна терапія або терапія трудової діяльністю.

До основних завдань арт-терапії відносять [4]:

1. Створення умов для адекватного виходу агресії та інших негативних проявів людини. Дати соціально прийнятний вихід агресивності та іншим негативним почуттям (робота над малюнками, картинами, скульптурами є безпечним способом розрядити напругу).

2. Полегшення процесу лікування. Неусвідомлювані внутрішні конфлікти і переживання часто буває легше виразити за допомогою зорових образів, ніж висловити їх у процесі вербальної корекції. Невербальне спілкування легше позбавляється цензури свідомості.

3. Діагностика психологічних проблем. Отримання матеріалу для інтерпретації і діагностичних висновків. Продукти художньої творчості –

довговічні, і клієнт не може заперечувати факт їхнього існування. Зміст і стиль художніх робіт дають можливість отримати інформацію про клієнта, який може допомагати в інтерпретації своїх творів.

4. Вираження та вербалізація почуттів та переживань. Опрацювання думок і почуттів, які клієнт звик подавляти. Іноді невербальні засоби є єдино можливими для вираження і прояснення сильних переживань і переконань.

5. Створення атмосфери психологічної безпеки, що дозволяє налагодити стосунки між психологом і клієнтом. Спільна участь у художній діяльності може сприяти створенню відносин емпатії і взаємного прийняття.

6. Розвинути почуття внутрішнього контролю. Робота над малюнками, картинами або ліплення передбачають упорядкування кольору і форм.

7. Сконцентрувати увагу на відчуттях і почуттях. Заняття образотворчим мистецтвом створюють багаті можливості для експериментування з кінестетичними і зоровими відчуттями і розвитком здатності до їх сприйняття.

8. Розвинути художні здібності і підвищити самооцінку. Побічним продуктом арттерапії є почуття задоволення, яке виникає в результаті виявлення прихованих талантів та їх розвитку.

Отже, методи арт-терапії через самовираження і самопізнання допомагають зрозуміти й оцінити своє минуле, розглянути сьогодення, створити образи і перспективи майбутнього [1].

До основних переваг арт-терапії можна віднести наступне:

- арт-терапевтичні техніки дають можливість безболісного доступу до глибинного психологічного матеріалу, стимулюють опрацювання несвідомих переживань, забезпечуючи додаткову захищеність і знижуючи опір змінам.

- через роботу з багатогранними і невичерпними символами мистецтва розвиваються асоціативно-образне мислення, а також блоковані або слаборозвинені системи сприйняття.

- арт-терапія знаходиться поза повсякденних стереотипів, а значить, розширює життєвий досвід, додає впевненості у своїх силах. Чим краще

людина вміє виражати себе, тим повноцінніше її відчуття себе неповторною особистістю.

- арт-терапія формує творче ставлення до життя з її проблемами і «зигзагами долі», вміння бачити розмаїття способів і засобів досягнення мети, розвиває приховані досі здібності до творчого вирішення складних життєвих завдань, не чекаючи «натхнення» або особливих умов для творчості.

- інтеграція різних психічних функцій задіює весь потенціал людини для цілеспрямованої реконструкції особистості. Людина відкриває загальні закономірності творчого процесу як у мистецтві, так і в житті, і поступово два поняття з'єднуються в одне – мистецтво жити, тобто вміння складати з мозаїки подій, явищ, уявлень цільну картину навколишнього світу, вносити порядок в хаос і зробити з нього щось, що має сенс.

Арт-терапія є засобом невербального спілкування, який дає змогу свої переживання, почуття, роздуми, життєві ситуації розглянути і висловити символічною мовою, яка є однією з основ образотворчого мистецтва.

До основних функцій арттерапії можна віднести:

- катарсичну (очищуюча, яка звільняє від негативних переживань);
- регулятивну (зняття нервово-психічної напруги, регуляція психосоматичних процесів, моделювання позитивного стану);
- комунікативно-рефлексивну (забезпечує корекцію порушень спілкування, формування адекватної міжособистісної поведінки, самооцінки).

Таким чином, арт-терапія дає унікальну можливість людині для дослідження своїх несвідомих процесів, вираження й актуалізації прихованих ідей і станів, тих соціальних ролей, явищ і форм поведінки. Форми роботи можуть бути як групові, так і індивідуальні [1].

Результати використання арт-терапевтичних методів відображають об'єктивний стан людини, що дають можливість використовувати їх для ретроспективної оцінки, проведення аналізу, досліджень, порівнянь.

Також, в контексті розгляду арт-терапії, як напрямку роботи психолога, необхідно зазначити специфічні особливості ефективності арт-терапії. Однією з таких особливостей є метафоричність. Мистецтво є метафорою, що виражає внутрішні переживання людини (абстрактної людини взагалі). Отже, будь-який твір мистецтва, в тому числі і те, яке створить клієнт в ході арттерапевтичної сесії, – буде свого роду метафорою його життя. Цілюща сила метафори відома людству з незапам'ятних часів. Історії в тій чи іншій формі використовувалися людьми як засіб передачі важливої культуральної, соціальної або етичної інформації від попередніх поколінь наступним. Терапія з використанням метафор не представляє в даний час науково обґрунтованої концепції, а розвивається як система емпіричних технік, застосовуваних при різних психотерапевтичних підходах.

Саме метафоричність – тобто здатність з тією чи іншою метою перенести будь-який сенс, почуття, ознаки з одного предмета на інший – дає читачеві або глядачеві абсолютну внутрішню свободу по відношенню до твору мистецтва. Будь-яка метафора містить безліч смислів, і є можливість самому вибрати той, який представляється найбільш значущим.

Метафора (від грец. *Metathora* – перенесення) визначається як перенесення властивостей з одного предмета (явища) на інший на підставі ознаки, спільного для обох [12]. З іншого боку, слово «метафора» складається з двох частин: мета (перше значення – за, пере, над, після, через; друге значення – спільно) та фора (рух). Отже, в дане семантичне поле потрапляють такі поняття, як образ, порівняння, трансфер, символ. Перенесення сенсу одного предмета на інший на основі подібності обох предметів за якими-небудь ознаками.

Другою ознакою арт-терапії – є триадичність. Основною відмінністю арт-терапії виявляється і її основною, абсолютно винятковою перевагою перед усіма іншими психотерапевтичними напрямками. Тільки арт-терапія дозволяє замінити звичну діяду «консультант – клієнт» на триаду «консультант – витвір мистецтва – клієнт», тобто зробити психотерапевтичний альянс

психотерапевтичним трикутником. Втім, насправді фігура взаємодії виявляється ще більш складною, оскільки і психотерапевтичний альянс, що не включає в себе конкретний твір клієнта, не втрачає своєї значущості.

Клієнту такий стан речей дає велику свободу від особистості консультанта, але головне полягає в тому, що дотримується принцип дисаційованості клієнта з проблемою: коли щось знаходиться поза мене, це вже не зовсім я, і я, очевидно, можу з цим щось зробити.

Робота в такому режимі дає можливість не долати опір, а безпосередньо використовувати його, наочно показуючи можливість змін (дуже часто цього взагалі не доводиться робити, так як для клієнта така можливість швидко стає самоочевидним фактом). При цьому і клієнт, і терапевт досить добре захищені: адже вони працюють з малюнком, а не зі страхом, з лялькою, а не з сенсом життя і т.п.

Третьою відмінністю є ресурсність арт-терапії. Такий спосіб терапевтичної взаємодії є ресурсним сам по собі, так як лежить поза сферою повсякденного життя клієнта. А все, що лежить за межами повсякденності, ресурсно за визначенням, бо розширює людський досвід. Мова в даному випадку йде про можливість розвитку креативності особистості, яка є абсолютним ресурсом на «всі випадки життя», так як процес життя для індивіда є знаходження нових творчих підходів до всього, з чим він стикається.

Незалежно від того, що конкретно відбувається в терапевтичному процесі, клієнт отримує відразу кілька виключно конструктивних уроків.

Урок перший, роботи із зовнішнім чином оформленою метафорою заявленої проблеми: «Моя проблема віддільна від мене. Я не є моя проблема».

Урок другий – незнайомі способи взаємодії (з терапевтом або з проблемою): «Для вирішення моєї проблеми я можу вдатися до абсолютно нових способів дії».

Урок третій, породжуваний самим терапевтичним процесом: «Я можу робити те, про що і не підозрював» [с. 45 Копитін с. 45].

Окрім особливостей арт-терапії, необхідно розглянути основні підходи в даного напрямку. На сьогоднішній день існує різноманіття підходів в арт-терапії – психодинамічний, трансперсональний, феноменологічний, гуманістичний, і т.д.

Психодинамічний підхід в арт-терапії спирається на ідеї З. Фрейда і К.-Г. Юнга які вважали, що продукт художньої діяльності є вираженням неусвідомлюваних психічних процесів [53, 217]. З. Фрейд розглядав образотворче мистецтво, як область прояву психічної патології і психологічних проблем автора. За допомогою образотворчого мистецтва активізуються компенсаторні процеси в психіці, які не тільки призводять до вирішення внутрішніх конфліктів, але і сприяють розвитку особистості [28]. Для К.-Г. Юнга образотворче мистецтво – надзвичайно важливий інструмент для реалізації самосцілення можливостей психіки. К.-Г. Юнг розглядав символічну мову образотворчого мистецтва як найбільш адекватний для вираження змісту особистого і колективного несвідомого, набагато більш точний і ємний, ніж слова. Він вірив у те, що людина, спираючись на «трансцендентні» властивості символів і власний творчий потенціал, здатний досягти самозцілення. Мистецтво, особливо легенди, міфи, символічні малюнки, в значній мірі полегшують процес індивідуалізації саморозвитку особистості на основі встановлення зрілого балансу між несвідомим і свідомим «Я» [68].

Започатківцем психодинамічного напрямку в арт-терапії вважається М. Наумбург [45]. На її думку, кожна людина здатна виражати свої внутрішні конфлікти у візуальних формах, так вона отримує доступ до глибинних думок і почуттів, що були витіснені у несвідоме [28, 81]. Дещо іншої точки зору дотримуються Е. Крамер та її послідовники, які вважають, що потенціал зцілення образотворчої діяльності полягає в можливості сублімувати руйнівні імпульси автора образотворчої продукції і попереджати тим самим їх безпосередній прояв у вчинках [28, 76]. А найбільш значущим є те, що клієнт отримує досвід створення та авторства малюнка, а арт-терапевт виступає при цьому тільки як свідок [76].

Відзначено, що використання психодинамічної моделі арт-терапії має певні обмеження, так як зокрема, вона найбільш продуктивна в рішенні клінічних завдань і меншою мірою – у вирішенні проблем у соціальній сфері та освіти [28, 49]. Психодинамічний підхід, продовжуючи виступати в якості однієї з основних моделей арт-терапевтичної практики, тим не менш, стримує її розвиток [28].

Трансперсональний підхід (С. Грофф, Д. Кемпбелл, Ш. МакНіфф, К.-Г. Юнг та ін.) вплинув на розширення діапазону особливих або змінених станів свідомості, пов'язаних з містичним, релігійним, перинатальним чи іншими специфічними переживаннями, з подальшим створенням художніх образів, що відображають ці переживання. У тих випадках, де необхідно пробудити спонтанність, застосовуються техніки активного уявлення або інтенсивної, спрямованої візуалізації в поєднанні з музикою, глибокою релаксацією і з наступною образотворчою діяльністю, використовуються деякі варіанти пісочної терапії [28, 86]. Основне положення цієї школи виражається в наступному понятті: в кожній людині існує духовний початок («духовне Я»), як ресурс розвитку, відновлення психічної цілісності [27, 28].

Гуманістична психологія і психотерапія сприяють перетворенню арт-терапії в психопрофілактичний інструмент, на засіб розвитку людського потенціалу [30]. Принципова відмінність даної моделі психодинамічного підходу полягає у використанні арт-терапевтичного процесу з метою гармонізації та гуманізації відносин, особистісного росту, з метою зміни якості свідомості [7, 28, 47, 48]. Доведено також, що терапія мистецтвом розвиває праву півкулю мозку, тобто інтуїцію і орієнтацію в просторі [55]. З впливом цього підходу пов'язують поширення уявлень про креативність як постійно присутніх, внутрішньопсихічних ресурсів особистості, розвиток яких допомагає в реалізації власного потенціалу в різних видах діяльності (А. Маслоу, К.-Г. Юнг, А. Еренцвейг та ін.).

Гуманістичний підхід в арт-терапії пропонує різні форми роботи, які наближають людину до її ідеалу актуалізації, якою є «повноцінно

функціонуюча, цілісна творча людина» [48]. Художня творчість може висловлювати захоплення людини, її експериментування і особистісний ріст. У підході Ф. Перлза акцентується увага на ігровому «експерименті» засобами образотворчої чи іншої творчої роботи. Дослідження поведінки в ситуації, що моделюється клієнтом, вивченні реакцій на нові форми досвіду [28, 84]. Найбільш поширені підстави для застосування цього підходу в арт-терапії: негативна «Я-концепція», неадекватна самооцінка, низький ступінь самоприйняття, неадекватна поведінка, конфлікти у міжособистісних стосунках, нетерпимість і агресивне ставлення до оточуючих і т. д. [32].

Згідно з уявленнями арт-терапевтичного феноменологічного підходу, саме в арт-терапевтичному процесі людина знаходить спосіб вирішення своїх проблем. Сутність феноменологічного підходу в арт-терапії полягає в тому, що творець художньої роботи залучений в центр арт-терапевтичного процесу, і стає головним спостерігачем власної образотворчої продукції. Розглядаючи породжені ним феномени, клієнт пізнає себе, відчуває почуття і самостійно породжує суб'єктивні смисли, і ці сенси не нав'язуються йому арт-терапевтом [25]. На думку іншого представника даного підходу М. Бетенскі, образотворча діяльність є феноменом з певною структурою, і клієнт у своєму образотворчому продукті навчається бачити якийсь сенс і пов'язувати його зі своїм внутрішнім досвідом. Все це веде його до здатності по-новому бачити і відчувати себе у внутрішньому і зовнішньому світах [8].

Розглянемо коротко метод роботи, представлений М. Бетенскі. Під керівництвом арт-терапевта клієнти, які не володіють ніяким видом мистецтва, вчаться дивитися на продукти свого образотворчого мистецтва і бачити в ньому свої внутрішні переживання, що направляють їх руки в процесі творчості.

Основні постулати методу:

- 1) продукт творчості є феноменом зі своєю власною структурою;
- 2) учасник арт-терапії вчиться бачити все, що містить даний продукт;
- 3) необхідно, щоб учасник арт-терапії абсолютно точно вербально описував структуру своєї художньої роботи;

4) учасник пов'язує творчу роботу з внутрішнім досвідом.

До основних принципів даного методу належить вільна активність перед власне творчим процесом – безпосереднє переживання. Пробуючи і змішуючи фарби в ігровому стилі, клієнт може прийти до невеликих відкриттів щодо матеріалу і самого себе.

Процес творчої роботи – створення феномена. Часто за інерцією після попередньої ігрової діяльності, а іноді абсолютно свідомо і продумано клієнти безмовно йдуть у взаємодію зі своїм творчим самовираженням. На цьому етапі більшість клієнтів демонструють зосередження, цілеспрямованість, залученість, збудження, винахідливість, виявлення проблем, і іноді їх рішення.

Феноменологічне інтуїтивне пізнання: візуальне уявлення; дистанціювання; процес розглядання, спрямований на досягнення інтенціонального бачення (спрямованість на предмет). Робота розташовується в такому місці, де на неї було б легко дивитися. Арт-терапевт може сказати клієнту: «Подивися на свою картину, сконцентруйся на ній. Коли картина знаходиться прямо перед твоїми очима, її видно не так чітко, як якби ти трохи відійшов від неї. Отже, подивися на роботу і знайди те, що ти раніше не бачив».

Процедура «Що ти бачиш?»: Феноменологічний опис; дослідження структури (взаємозв'язок компонентів і якість цілісності); феноменологічне зв'язування та інтеграція.

Задаючи питання «Що ти бачиш?», Арт-терапевт запрошує клієнта описати, що він побачив на картині. Тут важливість індивідуального сприйняття: що ти бачиш, ти – творець. Фахівець може працювати з цим матеріалом, тому що опис роботи самим клієнтом веде до її внутрішнього світу. Другий аспект стосується почуттів клієнта – те, що його слухають, означає початок довіри. І третє – те, що бачить клієнт в самому результаті творчого самовираження. Це є реальний об'єкт, а не припущення або домислювання, що в'язані з установками, коли докази затуманені. Коли потрібно, фахівець допомагає клієнту побачити ті особливості художньої роботи, які раніше залишалися непомітними оку, клієнт повинен навчитися їх бачити. Найчастіше

це особливості структури, зокрема співвідношення компонентів між собою. Аналіз загальної структури, визначення ролі, яку вона відіграє у загальній картині. Таким чином, опис веде до динамічної зміни сприйняття структури картини і, отже, до переструктурування внутрішнього досвіду клієнта. Фактично виникнення будь-яких зв'язків між елементами художньої роботи і внутрішнім досвідом особистості є актом інтеграції.

Отже, в результаті теоретичного аналізу арт-терапії, як напряму роботи психолога з травмуючими ситуаціями, доходимо висновку про те, що у творчому процесі людина має можливість виражати свої думки, почуття, емоції, потреби – така робота дає високий позитивний емоційний заряд, формує активну життєву позицію і впевненість у своїх власних силах. Що стосується контексту технологій арт-терапії в роботі психолога з травмуючими ситуаціями, в тому числі з дітьми-переселенцями з зони АТО, то окрім вище зазначених переваг даного напряму роботи, важливим є те, що арт-терапія дозволяє їм створювати модель власного майбутнього. Цьому сприяють різні напрями арт-терапії, такі як: казкотерапія, ізотерапія, ігротерапія, танцювально-рухова терапія та ін., тому розглянемо ці напрями більш детально у наступному підрозділі.

2.3. Методи арт-терапії в роботі з особами з наркотичною залежністю

Перш ніж розглянути основні методи арт-терапії, важливим є визначення і аналіз матеріалів для арт-терапевтичної роботи:

1. Глина: природний матеріал, тривимірний, пластичний, що передбачає безпосередню роботу руками або використання інструментів; вимагає певних фізичних зусиль, різних витрат часу, символізує тіло, фекалії, грязь; стимулює створення конкретних образів, пов'язаних з тілом і його органами.

2. Гуаш: продукт промислового виробництва; двомірний; пластичний;

припускає використання кистей та інших інструментів, а також безпосередню роботу руками; вимагає мінімальних зусиль і різних витрат часу, активізує фантазію; змішується з водою, дозволяє зафарбовувати поверхні і створювати більш щільний простір, що асоціюється з кров'ю і екскрементами.

3. Акварель: продукт промислового виробництва, включає природні і синтетичні інгредієнти; двомірний; пластичний; погано контрольований; припускає використання пензлів і губки; вимагає мінімальних зусиль і різних витрат часу; активізує фантазію, появу ефемерних образів; асоціюється з сечею.

4. Маркери, фломастери: продукт промислового виробництва; синтетичний; двомірний; пластичний і контрольований; матеріал, що є в той же час інструментом; не вимагає зусиль, але може припускати численні короткі штрихові рухи при розфарбовуванні поверхонь; витрати часу різні; стимулює створення схематичних, шаблонних образів, активізує фантазію.

5. Масляна пастель: продукт промислового виробництва; двомірний; пластичний і контрольований; передбачає безпосередню роботу руками, різну ступінь фізичних зусиль і витрат часу; стимулює появу найрізноманітніших образів, починаючи з легких і повітряних і закінчуючи важкими або пов'язаними з тілом.

6. Пастель і вугілля: натуральний пігмент або обгоріле дерево; двомірні; пластичні і контрольовані; припускають м'якість і точність рухів і безпосередню роботу руками, для малювання та розфарбовування; не вимагають зусиль; витрати часу різні; сприяють появі всіляких образів, включаючи легкі, фантастичні і загадкові.

7. Пластика (ігрове тісто): синтетичний матеріал; тривимірний; погано контрольований; передбачає безпосередню роботу руками; не вимагає зусиль; витрати часу різні; може бути розділений на частини і знову з'єднаний в загальну масу; сприяє зображенню простих образів.

8. Пластилін: синтетичний матеріал; тривимірний; контрольований; передбачає високу точність зображення і безпосередню роботу руками; може використовуватися і для створення двомірних зображень; вимагає певних

зусиль; витрати часу різні; сприяє створенню конкретних, іноді схематичних образів; яскраві кольори сприяють активізації фантазії; дозволяє зображати будь-які теми.

9. Колаж: поєднує природні і синтетичні матеріали; двомірний і тривимірний; контрольований; передбачає високу точність зображення і безпосередню роботу руками, пов'язану з розташуванням на площині і прикріпленням до неї, а також використання інструментів для вирізання та розфарбовування; не вимагає зусиль, але припускає витрати часу на організацію композиції і виконання роботи; сприяє створенню різних образів як інтегративного, так і дезінтегративного характеру; пов'язаний з необхідністю вибору матеріалів для створення композиції.

10. Кольорові олівці: матеріал, що поєднує природну дерев'яну оболонку і пігменти, але виготовляється промисловим способом; двомірний; контрольований; передбачає високу точність зображення; не дозволяє досягати яскравих барвистих ефектів; вимагає безпосередньої роботи руками; витрати сил невеликі, але потребує здійснення безлічі рухів рукою при розфарбовуванні; дозволяє створювати як акуратні, точні, конкретні, так і фантастичні образи.

11. Прості олівці: матеріал виготовляється з дерева і графіту; двомірний; контрольований; твердий, високоточний, однак може використовуватися для розтушовування і стиратися; передбачає безпосередню роботу руками; не вимагає зусиль, але може припускати безліч рухів рукою для розфарбовування; дозволяє створювати високоточні, деталізовані образи і робити виправлення шляхом стирання; необхідність у високій точності зображення може асоціюватися з першим класом школи і переходом від ігор більш молодшого віку до більш дорослих занять і необхідністю підпорядкування авторитетам.

Всі вище зазначені матеріали можуть бути використані у різноманітних методах арт-терапії, в тому числі в роботі з травмуючими ситуаціями. Арт-терапія, заснована на творчих можливостях людини, вона відновлює механізми саморегуляції і самоактуалізації, які допомагають знайти своє місце у

суспільстві, реалізувати себе і досягнути своєї мети. Слід зазначити, що існує багато методів арт-терапевтичної роботи, які є ефективними в роботі з травмуючими ситуаціями, отже розглянемо деякі з них.

Казкотерапія – це терапія, що використовує казкову форму для інтеграції особистості, розвитку творчих здібностей, розширення свідомості, вдосконалення взаємодії з навколишнім світом. До казок зверталися багато зарубіжних та українських психологів: А. Менегетті, М. Осорина, Є. Лисина, Є. Петрова, Р. Азовцева [8, 33]. Даний напрям арт-терапевтичної роботи дозволяє клієнтові пережити ситуацію, що була пов'язана з травмою в метафоричній формі.

Ігрова терапія – це метод психотерапевтичного впливу на дітей та дорослих за допомогою гри. Гра має великий вплив на розвиток особистості, сприяє створенню близьких стосунків між учасниками групи, допомагає зняти напругу, підвищує самооцінку, дозволяє повірити в себе в різноманітних ситуаціях спілкування, знімаючи небезпеку соціально значущих наслідків, що є достатньо виживим в роботі з клієнтами, що перенесли травмуючу ситуацію. Ігрову терапію можна описувати як досвід почуттів та бажань людини, які показуються на іграшках. Клієнт вибирає такі іграшки, які він може проектувати на свій минулий досвід, потім використовує ці об'єкти, щоб застосувати на них досліджувані ролі й взаємовідносини.

Особливо важливим є застосування даного напрямку арт-терапії в роботі з дітьми, що пережили травмуючу ситуацію. За допомогою гри діти висловлюють ті переживання, емоції і почуття, які не вміють або не можуть розкрити в повсякденному житті. Гра вільна від тиску та нагляду дорослих. Діти грають не тільки для задоволення, а й для подолання негативних емоцій.

Розглядаючи ігрову терапію як напрям арт-терапії необхідно звернути увагу на наступні її характеристики: граючий виконує реальну діяльність, здійснення чого потребує дій, які пов'язані з вирішенням конкретних, іноді нестандартних завдань; ця діяльність носить умовний характер, що дозволяє відволіктися від реальної ситуації з її відповідальністю і численними

обставинами; відмінними ознаками розгортання гри є швидкоплинні ситуації, в яких виявляється об'єкт [8, 46]. Все це дозволяє дати волю своїм почуттям і навіть заблокованим спогадам, що пов'язані з ситуацією травмування. В грі клієнт може згадати проблемну ситуацію і вирішити її також у цьому ж форматі, у найбільш безпечному для себе просторі.

Ізотерапія – це різновид арт-терапії, терапія образотворчим методом, у першу чергу малюванням. Заняття арт-терапією носять спонтанний характер, і спрямовані більше на процес, ніж на результат. Стан вільної творчості дає емоційну розрядку, можливість самовираження.

Що стосується використання ізотерапії в контексті роботи з травмуючими ситуаціями, особливо коли йдеться про дітей, то необхідно зазначити, що малюючи, дитина усвідомлює свої переживання, закладає основу для опрацювання психологічних проблем і цей процес стає одним з найбільш важливих аспектів арт-терапевтичної діяльності.

Одне з найбільш яскравих достоїнств арт-терапії – можливість невербального спілкування, що полегшує налагодження міжособистісних контактів. При адекватній організації групи індивідуальний малюнок втрачає егоцентричну спрямованість і становиться формою комунікації, стимулюючої процеси адаптації.

У процесі роботи помітно як емоція, пов'язана наприклад з острахом, через створення ряду «страшних» малюнків слабшає і емоційний стан дитини змінює свою спрямованість.

Однак, зазначає О. Хухлаєв, відреагування досягає своєї мети тільки за адекватної роботи процесу уяви. Іноді у дитини виникає аутоstimуляція і процес малювання «проблемної області» не тільки не знижує напруги, а навпаки, веде до виникнення нових негативних переживань. Дитина «зациклюється» на певних сюжетах, формах, поєднанні фарб. Завдання психолога в цьому випадку – допомогти дитині подолати рамки аутоstimуляції, що накладаються на уяву [51].

Таким чином ізотерапія допомагає клієнтові відчуті і зрозуміти самого себе, вільно виразити свої почуття та думки, бути самим собою, а також звільнитися від негативних переживань минулого травматичного досвіду.

Колажування – один із різновидів методів арт-терапії, який полягає в прикріпленні (приклеюванні) до якої-небудь основи різноманітних матеріалів, що відрізняються від неї за кольором і фактурою. Матеріалом для колажу можуть служити глянцеві журнали, різноманітні зображення, природні матеріали, предмети, виготовлені чи перетворені його творцями [15].

Колажування, як і будь-яка візуальна техніка, дає можливість розкрити потенційні можливості людини, передбачає велику ступінь свободи, є безболісним методом роботи з особистістю, спирається на позитивні емоційні переживання, пов'язані з процесом творчості. Крім того, при виготовленні колажу не виникає напруги, пов'язаної з відсутністю в учасників художніх здібностей, ця техніка дозволяє кожному одержати успішний результат. Колажування дозволяє визначити існуючий на даний момент психологічний стан людини, виявити актуальний зміст його самосвідомості, його особистісні переживання.

Значно розширити можливості техніки колажування може її інтеграція з іншими арт-технологіями. Прикладом може служити включення в колаж малюнків, особистих фотографій учасників, авторами яких вони є, або на яких вони зображені, а також використання колажу в перформансі та інсталяції. Колажування як арт-технологія володіє широкою областю застосування і дозволяє вирішувати велике коло завдань [15], в тому числі і ефективна психологічна допомога при роботі з травмуючими ситуаціями.

Театралізована психотерапія. Як і в інших арт-терапевтичних методах акцент тут робиться на спонуканні клієнта до особистої активності, вільного самовираження. Велика роль у такому театрі відводиться імпровізації, спонтанності. Спільна робота над спектаклем, регулярні репетиції дозволяють клієнтам відчуті свою відповідальність за успіх загальної справи.

На відміну від традиційного театру основна увага в театралізованій психологічній роботі спрямована не на зовнішні форми, а на внутрішні переживання учасників. Структура психологічної театральної роботи складається з двох частин: тренінгу і власне постановки спектаклю, основне значення надається саме тренінгу.

Отже, арт-терапія – це успішний і цінний спосіб психологічної допомоги, використання якого дозволяє досягати не тільки безпосереднього швидкого психотерапевтичного ефекту, але також і глибоко опрацьовувати ціннісні та смислові особистісні структури осіб з наркотичною залежністю.

РОЗДІЛ 3

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З НАРКОТИЧНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ ЗАСОБАМИ АРТ-ТЕРАПІЇ

3.1 Організація і методи дослідження

Наше дослідження проводилося на базі реабілітаційного центру для осіб з наркотичною залежністю «Шанс» м. Запоріжжя.

У дослідженні взяли участь 24 особи віком 25-40 років.

Програма проведення експериментальної частини нашої роботи передбачала три головні етапи:

1) констатуючий (проходив у період з 15.05.2020 по 15.06.2020)

На цьому етапі була проведена первинна діагностика. За результатами цього етапу випробувані були розділені нами на 2 групи: експериментальну та контрольну, по 12 осіб в кожній.

2) Формуючий (проходив у період з 16.06.2020 по 17.08.2020)

На цьому етапі нами були проведені групові арт-терапевтичні заняття з випробуваними експериментальної групи.

3) Контрольний (проходив у період з 18.08.2020 по 18.09.2020)

На цьому етапі була здійснена повторна діагностика в експериментальній і контрольній групах, проведено аналіз отриманих результатів.

Для забезпечення максимально об'єктивної оцінки особистості з наркотичною залежністю ми дотримувалися основної вимоги: методика повинні бути простими у використанні, тривалість роботи з методикою не повинна перевищувати 30 хвилин.

При виборі методик дослідження враховувалося, що всі роботи вчених, які ми вивчали, свідчать про те, що найпоширеніші порушення емоційної сфери, характерні для осіб з наркотичною залежністю - це знижений психоемоційний фон, висока тривожність, депресія.

Методики дослідження:

1. Опитувальник САН (самопочуття, активність, настрої).
2. Методика самооцінки рівня тривожності Ч Д. Спилбергера і Ю.Л. Ханіна.
3. Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга.

Опис методик дослідження.

1. Опитувальник «Самопочуття, активність, настрої». (Додаток 1) Ця методика призначена для самоконтролю і самооцінки самопочуття, активності і настрою. При розробці методики автори виходили з того, що три основні складові функціонального психоемоційного стану - самопочуття, активність і настрої можуть бути охарактеризовані полярними оцінками, між якими існують континуальна послідовність проміжних значень.

Перевагами тесту є його стислість і можливість кількаразового використання впродовж певного часу

Шкала САН складається з індексів (3 2 1 0 1 2 3) і розташована між тридцятьма парами слів протилежного значення, що відображують рухливість, швидкість і темп протікання функцій (активність), силу, здоров'я, стомлення (самопочуття), а також характеристики емоційного стану (настрої).

Досліджуваному пропонується співвіднести свій стан з ознаками за багатоступінчастою шкалою. Потрібно вибрати і позначити цифру, що найбільш точно відбиває його стан на даний момент.

При обробці ці цифри перекодуються в такий спосіб. Негативні стани за шкалою САН приймаються за 1 бал, наступний за ним за 2 бали і так далі. Слід ураховувати те, що полюси шкали постійно змінюються. Позитивні стани завжди одержують високі бали, а негативні низькі. За цими балами розраховується середнє арифметичне як загалом, так і окремо за активністю, самопочуттям і настроєм.

2. Шкала самооцінки тривожності Ч. Спілбергера.

Даний тест є надійним і адекватним способом самооцінки рівня тривожності в даний момент (реактивна тривожність як стан) і особистісної тривожності (як стійка характеристика людини) (Додаток 2).

Шкала самооцінки складається з 2 частин, що роздільно оцінюють реактивну (РТ, вислови № 1-20) і особистісну (ЛТ, вислови № 21-40) тривожність. Досліджуваному дається наступна інструкція: «Прочитайте уважно кожне із наведених нижче речень і закресліть відповідну цифру справа в залежності від того, як ви почуваетися в цю хвилину. Над питаннями довго не міркуйте, оскільки правильних або неправильних відповідей немає».

Показники РТ і ОТ підраховуються за формулами.

При інтерпретації результат можна оцінити так: до 30 – низька тривожність; 31-45 – помірна тривожність; 46 і вище – висока тривожність

3. Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга.

Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга (адаптація Т. І. Балашової) - опитувальник, розроблений для диференціальної діагностики депресивних станів і станів, близьких до депресії, для скринінг-діагностики при масових дослідженнях і з метою попередньої, долікарської діагностики. (Додаток 3)

У тестуванні враховується 20 чинників, які визначають чотири рівні депресії. Тест містить десять позитивно сформульованих і десять негативно сформульованих питань. Досліджуваному дається наступна інструкція: «Прочитайте уважно кожне з наведених нижче пропозицій і закресліть відповідну цифру справа в залежності від того, як ви себе відчуваєте останнім часом. Над питаннями довго не замислювайтесь, оскільки правильних чи неправильних відповідей немає».

Кожне питання оцінюється за шкалою від 1 до 4 (на основі цих відповідей: «ніколи», «іноді», «часто», «постійно»).

Рівень депресії (РД) розраховується за формулою. У результаті отримуємо РД, який коливається від 20 до 80 балів.

Якщо РД не більше 50 балів, то діагностується стан без депресії.

Якщо РД більше 50 балів і менше 59 балів, то робиться висновок про легку депресію ситуативного чи невротичного генезу.

При показнику РД від 60 до 69 балів діагностується субдепресивний стан або маскована депресія.

При РД більш ніж 70 балів діагностується справжній депресивний стан.

3.2. Аналіз та інтерпретація результатів констатуючого етапу дослідження

Провівши аналіз даних отриманих за допомогою опитувальника САН ми отримали наступні результати: високий рівень самопочуття не виявлено, середній рівень самопочуття у 58% осіб з наркотичною залежністю, низький рівень самопочуття показали 42%. Середній показник рівня самопочуття серед випробовуваних становить 3.9 балів, що відповідає низькому рівню.

На нашу думку, це обумовлено тим що значна частина випробовуваних страждає соматичними захворюваннями, в силу свого способу життя, що, безумовно, впливає на самопочуття випробовуваних. Низькі значення самопочуття також можуть відображати недостатню фізіологічну або психологічну комфортність.

Результати дослідження за шкалою активності показали, що 4% випробовуваних мають високий рівень активності, у 63% випробовуваних середній рівень активності, у 33% - низький рівень. Середній показник рівня активності становить 4.4 балів, що відповідає середньому рівню.

Більша частина опитаних осіб з наркотичною залежністю ведуть активний спосіб життя та активно взаємодіють з навколишнім середовищем. Багато хто має захоплення, хобі. Але, безумовно, життєві особливості і низький рівень самопочуття впливають і на рівень активності.

Результати дослідження настрою показали, що на момент опитування в 38% випробовуваних настрої вище середнього, середній рівень - 54%, низький рівень настрою 8%. Середній показник рівня настрою серед експериментальної групи становить 4.8 балів, що відповідає середньому рівню.

Взагалі психоемоційний фон задовільний. Однак важливо пам'ятати, що категорії не можна оцінювати у відриві один від одного. Вищі показники по шкалі настрою можуть бути зумовлені кращим самопочуттям і вищою активністю на момент обстеження.

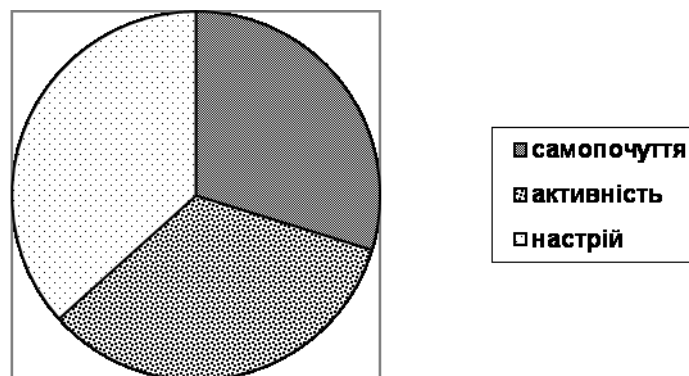


Рис. 3.3. Результати опитувальника САН на констатуючим етапі дослідження

Результати первинної діагностики за допомогою шкали самооцінки тривожності Ч. Спілбергера дали нам можливість визначити реактивну тривожність (РТ) як стан і особистісну тривожність (ОТ), як стійку характеристику людини серед випробовуваних.

По шкалі РТ низька тривожність не була виявлена, помірна тривожність у 33% випробовуваних і висока тривожність у 67%.

Середній показник рівня РТ становить 49.8 балів, що відповідає високому рівню.

Показники по шкалі ОТ наступні: низька тривожність не виявлена, помірна 37%, висока 63%. Середній показник рівня ОТ 45,6 балів, що відповідає високому рівню.

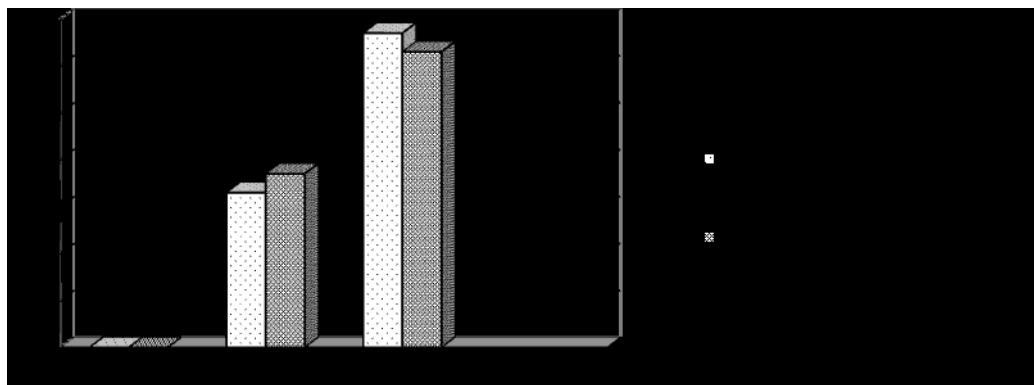


Рис.3.4. Результати діагностики за допомогою шкали самооцінки тривожності Ч. Спілбергера на констатуючому етапі дослідження

Провівши аналіз даних отриманих в ході первинної діагностики за допомогою шкали самооцінки тривожності Ч. Спілбергера, ми можемо сказати, що для осіб з наркотичною залежністю характерно переважання високого рівня реактивної та особистісної тривожності. Певний рівень тривожності — природна і обов'язкова особливість активної діяльної особистості. У кожній людини існує свій оптимальний, або бажаний, рівень тривожності — це так звана корисна тривожність. Оцінка людиною свого стану в цьому відношенні є для нього істотним компонентом самоконтролю і самовиховання. Високий рівень тривожності доводить, що у осіб з наркотичною залежністю є люди схильні до більш емоційного переживання свого життєвого періоду, соціальних відносин, стосунків з родичами, що безпосередньо впливає на їх психологічний клімат. Проте помірна тривожність, теж присутня у осіб з наркотичною залежністю, що свідчить про позитивне сприйняття реальності в їх віці відповідно до соціальної обстановки.

При проведенні первинної діагностики за допомогою методики диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга отримано наступні

результати: у 12% випробуваних депресія відсутня, 67% переживають легку депресію (ситуативного або невротичного генезису) і 21% знаходяться в субдепресивному стані. Осіб з істинною депресією виявлено не було. Середній показник рівня депресії становить 55,6 балів, що відповідає депресії легкої форми.

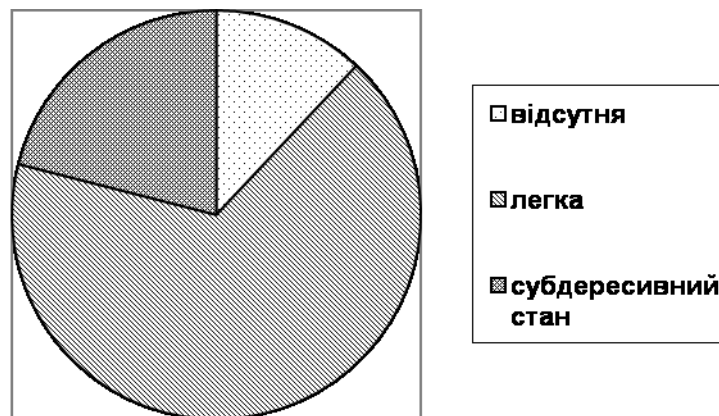


Рис. 3.5. Результати діагностики за методикою диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга

Аналізуючи результати, отримані в процесі проведення методики, можна зробити висновок, що для людей осіб з наркотичною залежністю характерна депресія легкої форми. Особи з наркотичною залежністю, часто скаржаться на знижений настрій, повідомляють про тяжке почуття порожнечі, про власну непотрібність. Однак при цьому, вони не відгороджуються від людей, не уникають спілкування. Ймовірно, зазначені розлади настрою у осіб з наркотичною залежністю швидше слід розглядати як реакцію у відповідь на специфічну, характерну для їх способу життя ситуацію. Слід зазначити, що подібні переживання не мають постійного характеру і не визначають характер повсякденної діяльності. Це свідчить про те, що тяжкі почуття, можливо, пов'язані з переживанням самотності і недоліком активності.

По результатам констатуючого етапу дослідження випробувані були розділені на дві групи: контрольну і експериментальну, по 12 осіб в кожній.

2.3 Зміст і структура психокорекційної програми

Психокорекційна робота з особами з наркотичною залежністю включає в себе як індивідуальну психотерапію та консультування, так і групові форми роботи.

Групові форми арт-терапевтичної роботи в даний час використовуються дуже широко, причому не тільки в охороні здоров'я, але і в освіті, соціальній сфері та інших областях. Арт-терапевтичний процес при цьому протікає в контексті психотерапевтичних відносин, а створення образів виступає в якості основного засобу спілкування. Застосовуючи метод групової арт-терапії, можна виділити ряд особливостей по вирішенню різних проблем, а саме:

- груповий досвід протидіє відчуженню, допомагає вирішенню міжособистісних проблем;
- група відображає суспільство в мініатюрі, робить очевидними такі приховані чинники, як тиск партнерів, соціальний вплив і конформізм;
- можливість отримання зворотного зв'язку і підтримки від людей з подібними проблемами;
- в групі людина може навчатися новим вмінням, експериментувати з різними стилями відносин серед рівних партнерів;
- в групі учасники можуть ідентифікувати себе з іншими, «зіграти» роль іншої людини для кращого розуміння його і себе та для знайомства з новими ефективними способами поведінки, застосовуваними кимось;
- взаємодія в групі створює напругу, яка допомагає прояснити психологічні проблеми кожного;
- група полегшує процеси саморозкриття, самодослідження і самопізнання [27].

В нашій роботі вважаємо доречним, враховувати правила для фахівця з арт-терапії, розроблені Л. Лебедевою:

1. В арт-терапевтичному процесі неприйнятні команди, вказівки, вимоги, примус.

2. Учасник арт-терапевтичного заняття може вибирати відповідні для нього види і зміст творчої діяльності, образотворчі матеріали, а також працювати у власному темпі; має право відмовитися від виконання деяких завдань, відкритої вербалізації почуттів і переживань, колективного обговорення; він має право просто спостерігати за діяльністю групи або займатися чим-небудь за бажанням, якщо це не суперечить соціальним і груповим нормам.

3. Приймаються і заслуговують схвалення всі продукти творчої образотворчої діяльності незалежно від їх змісту, форми, естетичності вигляду. Прийнята заборона на порівняльні і оцінювальні судження, оцінки, критику, покарання [11].

Структура групового заняття включає в себе наступні елементи:

1. Вступна частина: настрої, установка контакту, залучення в творчий процес.

2. Актуалізація відчуттів, формування теми для роботи.

3. Невербальна, творча діяльність.

4. Обговорення процесу і результатів роботи.

5. Корекція і допрацювання результатів арт-діяльності.

6. Рефлексивний аналіз. Висновки.

У цьому дослідженні ми представляємо розроблену нами програму групової роботи для осіб з наркотичною залежністю.

На першому етапі дослідження, на підставі вивчення особливостей особистості осіб з наркотичною залежністю, нами були визначені основні завдання психологічної корекції:

1. Зняття емоційної напруги.

2. Зниження тривожності.

3. Зниження рівня депресії.
4. Підвищення самоцінності.
5. Формування мотивації до соціальної активності
6. Створення умов для самореалізації

Розроблена нами психокорекційна програма включає 9 занять, які проводяться 3 рази на тиждень.

Програма психокорекційних занять була розроблена на основі вправ, представлених в літературі О. І. Копитіна, О. В. Хухлаєвої, О. В. Тараріної, І. В. Стішенок.

План проведення корекційних занять представлений в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Програма корекційних занять методами арт-терапії для осіб з наркотичною залежністю

№ заняття	Цілі та завдання	Зміст
1	Зняття емоційної напруги; дослідження власних почуттів і переживань; активізація уяви; розкриття творчого потенціалу; підвищення впевненості у власних можливостях.	1. Вправа «Таємниця імені» 2. Вправа «Каракулі» 3. Релаксація. «Водоспад». 4. Рефлексія
2	Зняття емоційної напруги; формування установки позитивного ставлення до себе; дослідження і актуалізація власних	1. Вправа «Колір мого стану» 2. Вправа «Мандала» 3. Рефлексія

Продовження таблиці 3.3

	почуттів і переживань; входження в ресурсний стан; активізування творчої активності методами ізотерапії.	
3	Зняття емоційної напруженості; розвиток життєрадісності і підвищення впевненості в собі; навчання навичкам самоаналізу та самопізнання; навчання трансформації негативного внутрішнього стану в позитивне; актуалізація особистісних ресурсів.	1. Вправа «Колір мого настрою». 2. Казка «Щастя». 3. Вправа «Я і світ». 4. Вправа «Світло любви» 5. Вправа «Скульптура радісності». 6. Рефлексія
4	Зняття емоційної напруженості; розвиток «Я» -концепції, формування образу «Я в майбутньому»; підвищення самооцінки; прийняття себе; актуалізація особистісних ресурсів.	1. Вправа «Цінна якість» 2. Вправа «Лялька- дзвіночок» 3. Рефлексія
5	Зняття емоційної напруженості; подолання негативних переживань, символічне знищення страху; навчання трансформації негативних почуттів у позитивні; актуалізація особистісних ресурсів.	1. Вправа «Мій настрій» 2. Вправа «Намалюй свій страх» 3. Тістопластика вправа «Талісман» 4. Рефлексія.
6	Діагностика і корекція способів реагування людини на дію зовнішнього	1.Вправа: «Мое хобі, захоплення ...»

Продовження таблиці 3.3

	середовища; усвідомлення власних почуттів і емоцій; навчання приймати будь-який досвід як корисний.	2. Вправа «Малюнок по колу» 3. Вправа «Подарунок» 4. Рефлексія.
7	Зняття емоційної напруженості; усвідомлення власних почуттів і емоцій; прийняття себе актуалізація особистісних ресурсів.	1. Вправа «Колір мого стану» 2. Вправа «Паперовий чоловічок» 4. Вправа "безпечне місце" 4. Рефлексія
8	Зняття емоційної напруженості; пошук шляхів поліпшення якості свого життя; актуалізація особистісних ресурсів.	1. Вправа «Цінна якість». 2. Коллаж «Моє життя». 3. Рефлексія 4. Вправа «Я тобі вдячний ...»
9	Зняття емоційної напруженості; розвиток життєрадісності і підвищення впевненості в собі; актуалізація особистісних ресурсів	1. Вправа "Будь щасливий". 2. Вправа «Виготовлення Дерева щастя». 3. Вправа «Дерево щастя». 4. Рефлексія.

Після закінчення циклу арт-терапевтичної занять при опитуванні учасникам було запропоновано відповісти на три питання:

1. Які зміни в собі Ви відчуваєте?
2. Що Вам хотілося б ще отримати від занять?
3. Дайте оцінку роботи групи.

Відповідаючи на перше запитання, усі, в основному, описали поліпшення настрою, появу почуття спокою, зменшення почуття тривоги, поява впевненості в собі, поліпшення комунікативних навичок і розширення кола спілкування, з'явилася усвідомлена тяга до творчих занять.

Відповідаючи на друге питання, усі учасники висловили бажання продовжити творчі заняття і висловили намір надалі відвідувати групові заняття в денних відділеннях тимчасового перебування реабілітаційного центру для осіб з наркотичною залежністю «Шанс».

Відповідаючи на третє питання, учасники в цілому оцінили роботу групи позитивно.

2.4 Аналіз та інтерпретація результатів контрольного етапу дослідження

На контрольному етапі, після того як були проведені всі заняття передбачені цією програмою, ми провели повторне тестування в експериментальній і контрольній групах.

За даними первинного опитування за методикою САН в контрольній групі високій рівень самопочуття не виявлено, середній рівень у 58% випробовуваних, низький рівень у 42%. Середній показник рівня самопочуття у контрольній групі становив 3.9, що відповідає низькому рівню. При повторному опитуванні високій рівень не виявлено, середній рівень показали 66.7%, низький рівень самопочуття показали 33% . Середній показник рівня

самопочуття у контрольній групі становить 4.2, що відповідає середньому рівню.

Та ж ситуація виявилася з даними за шкалою активність: при первинному анкетуванні в контрольній групі показників високого рівня активності не було, середній рівень - 42%, низький рівень активності - 58%. Середній показник рівня активності у контрольній групі становив 4.0, що відповідає середньому рівню. При повторній діагностиці високий рівень активності не виявлено, середній рівень показали 50%, низький рівень активності - 50%. Середній показник рівня активності у контрольній групі становить 4.0, що відповідає середньому рівню.

За шкалою настроїв при первинній діагностиці у 17% випробовуваних високий рівень, у 75% середній рівень і у 8% низький рівень настрою. Середній показник рівня настрою у контрольній групі становив 4.6, що відповідає середньому рівню. При повторній діагностиці: високий рівень - 25%, у 67% середній рівень і у 8% низький рівень настрою. Середній показник рівня активності у контрольній групі становить 4.8, що відповідає середньому рівню.

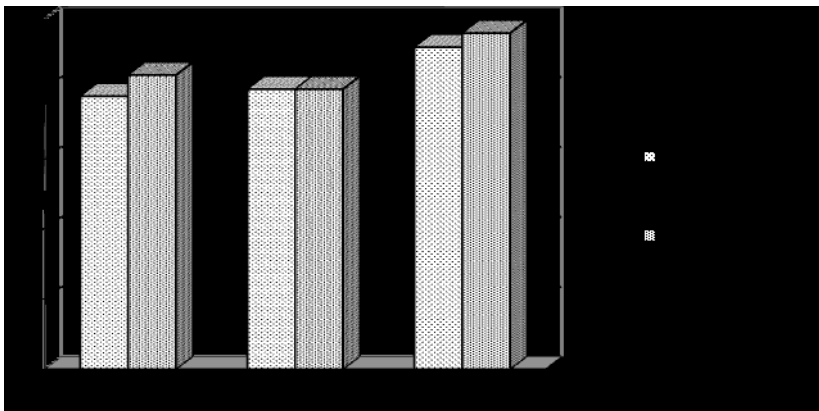


Рис. 3.6. Співвідношення середніх показників по результатам методики САН в контрольній групі

Як ми бачимо з отриманих даних при повторній діагностиці показники за методикою САН в контрольній групі залишилися на колишньому рівні.

Незначне покращення показників активності і настроїв, на нашу думку, пов'язано із загальною сприятливою атмосферою реабілітаційному центрі.

Провівши аналіз даних отриманих за допомогою опитувальника САН в експериментальній групі ми отримали наступні результати: при первинній діагностиці високий рівень самопочуття не виявлено, середній рівень самопочуття у 67% у осіб з наркотичною залежністю, низький рівень самопочуття - 33%. Середній показник рівня самопочуття серед експериментальної групи становить 4.1 балів, що відповідає середньому рівню. При повторній діагностиці високий рівень у 16%, середній рівень самопочуття у 75% і низький рівень показали 8% випробуваних. Середній показник рівня самопочуття серед експериментальної групи становить 4.8 балів, що відповідає середньому рівню.

Результати дослідження за шкалою активності при первинній діагностиці показали, що 8% випробовуваних, мають високий рівень активності, у 67% випробовуваних середній рівень активності, у 25% - низький рівень. Середній показник рівня активності серед експериментальної групи становив 4.4 балів, що відповідає середньому рівню. При повторній діагностиці: високий рівень 16%, середній рівень - 75%, низький рівень активності - 8%. Середній показник рівня активності серед експериментальної групи становить 4.9 балів, що відповідає середньому рівню.

Результати дослідження настрою показали, що на момент первічного опитування в експериментальній групі у 58% випробовуваних настроїв вище середнього, середній рівень - 33%, низький рівень настрою 8%. Середній показник рівня настрою серед експериментальної групи становив 5.0 балів, що відповідає високому рівню. При повторному опитуванні у 75% випробовуваних високий рівень, у 25% середній рівень, низький рівень настрою не виявлено. Середній показник рівня настрою серед експериментальної групи становить 5.5 балів, що відповідає високому рівню.

На основі отриманих даних побудовано діаграму.

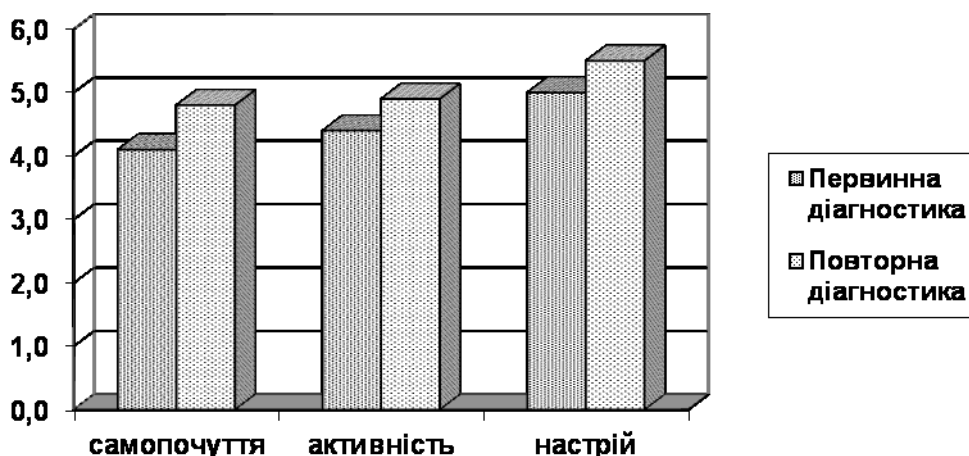


Рис. 3.7. Співвідношення середніх показників по результатам методики САН в експериментальній групі

Як ми бачимо, підвищення показників спостерігається по всім шкалам. Настрої має рівний, стійкий характер; рівень активності, працездатності не знижений, самопочуття задовільне. Таким чином, виходячи з результатів дослідження, отриманих на контрольному етапі дослідження, можна сказати, що арт-терапевтичні заняття сприятливо і ефективно впливають на самопочуття, активність і настрої осіб з наркотичною залежністю.

Результати первинної і повторної діагностики за допомогою шкали самооцінки тривожності Ч. Спілбергера співвідносяться наступним чином: в контрольній групі при первинній діагностиці РТ (реактивна тривожність) низька не була виявлена, помірна тривожність була зафіксована у 33.3% випробовуваних і висока тривожність у 66.7%. Середній показник рівня РТ серед контрольної групи становив 48.3 балів, що відповідає високому рівню.

У свою чергу при повторному тестуванні в контрольній групі: низька тривожність знову була не виявлена, помірна зафіксована у 25% випробовуваних і висока тривожність у 75%. Середній показник рівня РТ серед контрольної групи становить 49.6 балів, що відповідає високому рівню.

Ситуація з ОТ (особистісна тривожність) подібна, при первинній діагностиці низька була не виявлена, помірна тривожність була зафіксована у 33% випробовуваних і висока тривожність так само у 67%. Середній показник рівня ОТ серед контрольної групи становив 47.9 балів, що відповідає високому рівню.

При повторному тестуванні низька тривожність знову була не виявлена, помірна зафіксована у 33% випробовуваних і висока тривожність у 67%. Середній показник рівня ОТ серед контрольної групи становить 49.0 балів, що відповідає високому рівню.

На основі отриманих даних побудовано діаграму.

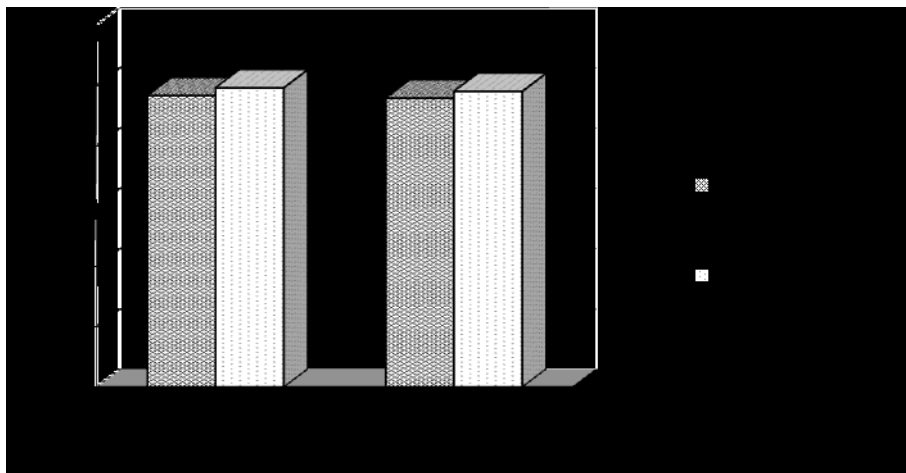


Рис. 3.8. Співвідношення середніх показників по результатам діагностики за допомогою шкали самооцінки тривожності Ч. Спілбергера в контрольній групі

Як ми бачимо з отриманих даних, показники особистісної та реактивної тривожності в контрольній групі залишилися на високому рівні.

Результати, отримані в ході повторного тестування, в експериментальній групі так само були співвіднесені нами з результатами первинної діагностики. Порівняння результатів первинної і повторної діагностики, отриманих за

допомогою шкали самооцінки тривожності Ч. Спілбергера дають нам можливість сказати, що реактивна тривожність (РТ) на низькому рівні при первинній діагностиці була не виявлена, проте при повторному тестуванні вона була виявлена у одного випробуваного (8%). Помірна тривожність при первинній діагностиці була виявлена у 33% випробовуваних, при повторному тестуванні у 58% і висока тривожність первинної діагностики була виявлена у 67% випробовуваних, при повторному тестуванні тільки у 33%. Середній показник рівня РТ серед експериментальної групи при первинній діагностиці складав 49.8 балів, що відповідає високому рівню. При повторній діагностиці середній показник по групі склав 39.0, що відповідає помірному рівню.

У свою чергу ОТ (особистісна тривожність) при первинній діагностиці було виявлено: помірна 42%, висока 58%, низька не виявлено. Середній показник рівня ОТ серед експериментальної групи при первинній діагностиці складав 47.5 балів, що відповідає високому рівню. При повторному тестуванні: помірна 67%, висока 33%. низька не виявлено. Середній показник рівня ОТ серед експериментальної групи при повторній діагностиці склав 39.3 балів, що відповідає помірному рівню.

На основі отриманих даних побудовано діаграму.

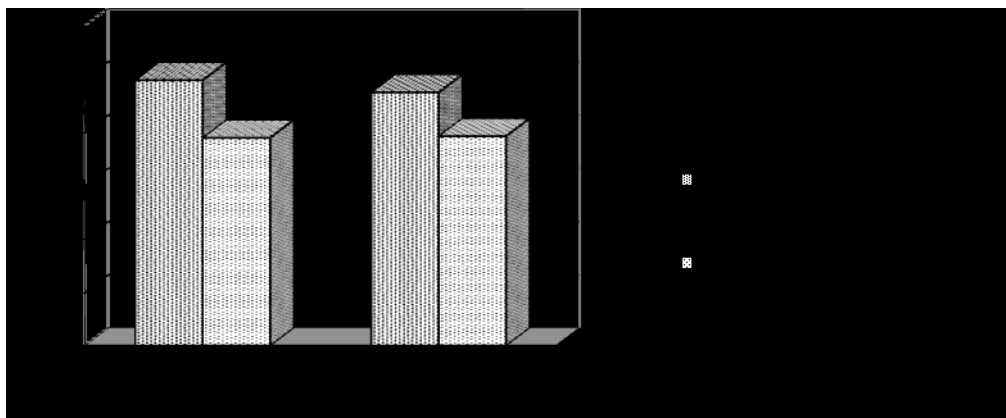


Рис. 3.9. Співвідношення середніх показників по результатам діагностики за допомогою шкали самооцінки тривожності Ч. Спілбергера в експериментальній групі

Аналізую отриманні результати, ми бачимо, що в експериментальній групі знизилася як реактивна, так і особистісна тривожність, що свідчить позитивний вплив арт-терапевтичних занять на осіб з наркотичною залежністю.

Результати первинної і повторної діагностики за допомогою методики диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга в контрольній групі співвідносяться наступним чином.

При первинній діагностиці в контрольній групі осіб з істинною депресією виявлено не було, 58.3% знаходяться в стані легкої депресії ситуативного чи невротичного генезу, 33.3% - субдепресивное стан або маскована депресія, а у 8.3% депресія повністю відсутня. У контрольній групі середній показник рівня депресії становив 57,3 бала, що відповідає депресії легкої форми.

При повторній діагностиці отримані наступні дані: осіб з істинною депресією і осіб без депресії не виявлено, в стані легкої депресії знаходиться 67% опитаних, у 33% - субдепресивний стан або маскована депресія. У контрольній групі середній показник рівня депресії становить 58,8 бала, що відповідає депресії легкої форми.

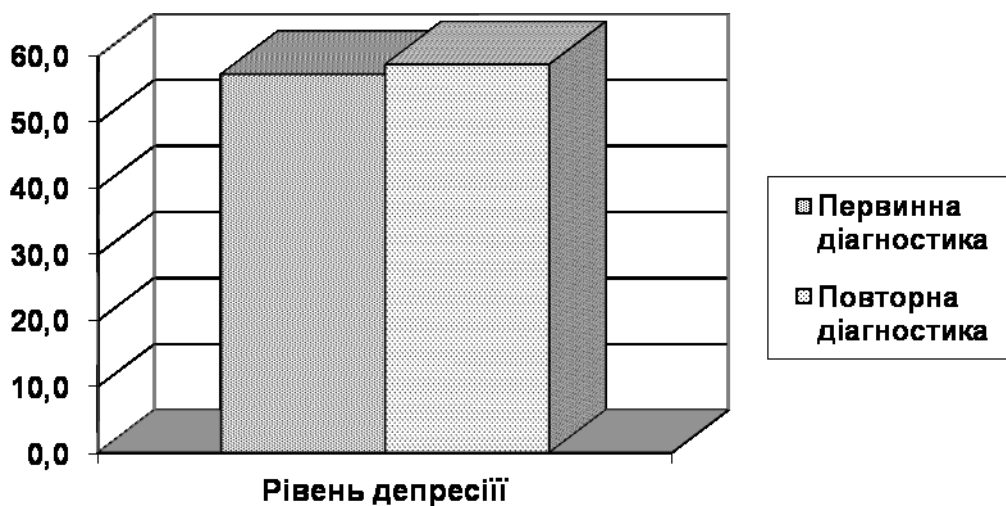


Рис. 3.10. Співвідношення середніх показників по результатам методики диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга в контрольній групі

Виходячи з отриманих даних, можна зробити висновок, що випробуванню контрольній групі властива депресія легкої форми.

Результати, отримані в ході повторного тестування, в експериментальній групі так само були співвіднесені нами з результатами первинної діагностики. При первинній діагностиці в експериментальній групі у 17% випробовуваних депресія відсутня, 75% переживають легку депресію (ситуативного або невротичного генезису) і 8% знаходяться в субдепресивному стані (або маскована депресія). Осіб з істинною депресією виявлено не було. Середній показник рівня депресії серед експериментальної групи становив 55,6 балів, що відповідає депресії легкої форми.

В ході повторного опитування отримані наступні результати: у 33% депресія відсутня, 67% переживають легку депресію. Осіб з істинною депресією і осіб, які перебувають в субдепресивному стані виявлено не було. Середній показник рівня депресії серед експериментальної групи становить 48.5 балів, що відповідає нормальному стану.

На основі отриманих даних побудовано діаграму.

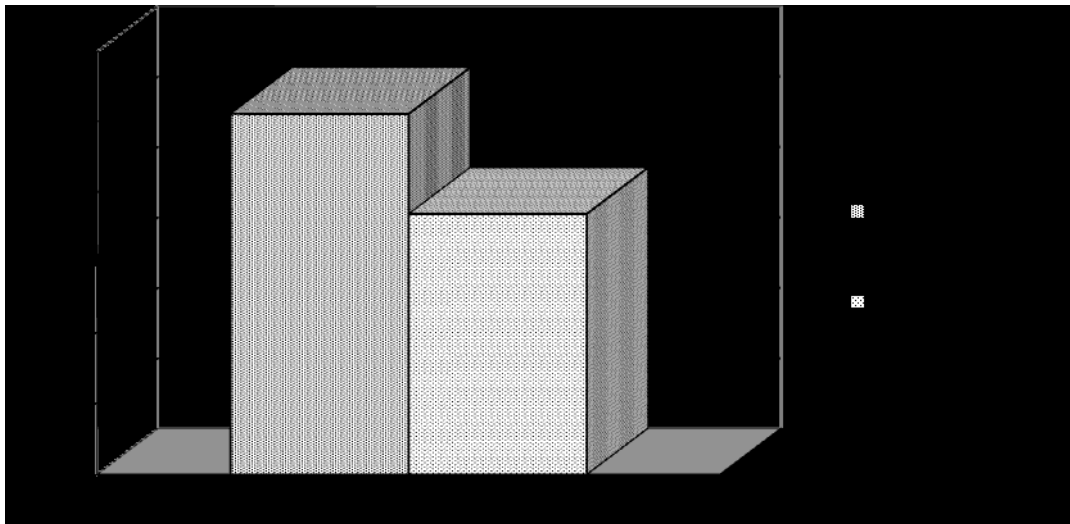


Рис. 3.11. Співвідношення середніх показників по результатам методики диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга в експериментальній групі

Аналізуючи отримані результати, ми бачимо, що в експериментальній групі фізіологічних ознак депресії, а також психологічних переживань, що супроводжують депресивний афект не виявляється. Середній рівень депресії по групі і показник депресії у всіх досліджуваних знизився, що свідчить про підвищення настрою і стабілізації емоційного стану.

Таким чином, виходячи з результатів, отриманих на контрольному етапі дослідження, можна говорити про позитивний вплив арт-терапевтичних занять на емоційний стан осіб з наркотичною залежністю в експериментальній групі.

У процесі проведення експериментального дослідження нами було отримано наступні результати:

1. На констатуючому етапі дослідження:

- досліджено рівень психоемоційного стану (опитувальник САН)
- досліджено рівень тривожності в даний момент (реактивна тривожність як стан) і особистісної тривожності (як стійка характеристика людини) (шкала самооцінки тривожності Ч. Спілбергера)
- досліджено рівень депресії (методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга)

Результати констатуючого етапу дослідження показали, що для осіб з наркотичною залежністю характерні знижені показники психоемоційного стану (самопочуття, активність, настрій), висока реактивна і особистісна тривожність, наявність ознак депресії різного ступеня вираженості.

2. На формуючому етапі дослідження була розроблена і апробована програма з використанням методів арт-терапії. Мета програми: корекція емоційних станів осіб з наркотичною залежністю.

3. На контрольному етапі ми провели повторне тестування.

В результаті проведення програми занять з використанням методів арт-терапії для корекції порушень емоційних станів у осіб з наркотичною залежністю і наступного повторного тестування було виявлено підвищення рівня психоемоційного стану, зниження рівня тривожності і депресії.

Таким чином, можна констатувати, гіпотеза про те, що спеціально розроблена реабілітаційно-корекційна програма з використанням методів арт-терапії дозволить нівелювати негативні емоційні стани осіб з наркотичною залежністю, такі як, підвищений рівень тривожності та депресія, віднайшла своє експериментальне підтвердження.

ВИСНОВКИ

Наркоманія на сьогоднішній день, це дійсно масштабна соціальна проблема українського суспільства. І це не викликає ні найменших сумнівів, адже кожен день від наркотиків гинуть десятки людей і це переважно підлітки та молодь.

Дослідники вважають, що саме різка зміна соціального статусу - розшарування в суспільстві; ціннісна криза в суспільстві - втрата життєвих цінностей та масований вплив західної культури і пропаганда західного стилю життя є основними причинами такої адиктивної поведінки молоді та підлітків. Тому вони стають заручниками наркоманії.

В результаті теоретичного аналізу проблеми арт-терапії, як напряму роботи психолога, доходимо висновку про те, що у творчому процесі людина має можливість виражати свої думки, почуття, емоції, потреби – така робота дає високий позитивний емоційний заряд, формує активну життєву позицію і впевненість у своїх власних силах. Цьому сприяють різні напрями арт-терапії, такі як: казкотерапія, ізотерапія, ігротерапія, танцювально-рухова терапія та ін. Арт-терапія – успішний і цінний метод, використання якого дозволяє досягати не тільки безпосереднього швидкого психокорекційного ефекту, але також і глибоко опрацьовувати ціннісні та смислові особистісні структури осіб з наркотичною залежністю.

Емпіричним шляхом встановлено, що для осіб з наркотичною залежністю характерні знижені показники психоемоційного стану (самопочуття, активність, настрій), висока реактивна і особистісна тривожність, наявність ознак депресії різного ступеня вираженості. Отже, психологічна корекція порушень емоційних станів є одним із найважливіших напрямів роботи психолога щодо попередження нервово-психічних розладів, що сприяє позитивній реабілітації осіб з наркотичною залежністю. Проте, сучасна література пропонує практичним психологам доволі обмежену кількість

методичних розробок, які б допомагали їм ефективно планувати та здійснювати корекційну роботу з особами з наркотичною залежністю. Необхідна розробка специфічних методів, що відображають характерну для осіб з наркотичною залежністю структуру емоційних переживань.

Апробація розробленої для осіб з наркотичною залежністю корекційно-реабілітаційної програми засвідчила її ефективність, що виявилось у підвищенні показників настрою, самопочуття, активності, зниженні рівня тривожності та проявів депресії.

За результатами апробації доведено, що застосування методів арт-терапії в корекційній роботі з особами з наркотичною залежністю допомагає розвитку адаптивних здібностей осіб з наркотичною залежністю, що сприяє активному життю, попередженню соціальної ізоляції, позитивної самооцінки, поліпшенню емоційного стану, задоволеності життям. Продукти образотворчого творчості є об'єктивним свідченням настроїв і станів осіб з наркотичною залежністю, що дозволяє їх використовувати в якості діагностичного матеріалу, і як засіб забезпечення зворотного зв'язку, що дозволяє відстежувати характеристики процесу зміни станів. Арт-терапія, як метод - безболісна, практично не має обмежень, завжди ресурсна.

Результати проведеного теоретико-експериментального дослідження підтверджують нашу гіпотезу: спеціально розроблена корекційно-реабілітаційна програма з використанням методів арт-терапії дозволить нівелювати негативні емоційні стани осіб з наркотичною залежністю, такі як, підвищений рівень тривожності та депресія.

Поданий у додатках діагностичний інструментарій та психокорекційна програма допоможуть психологам досліджувати емоційні стани осіб з наркотичною залежністю та проводити своєчасну профілактичну і реабілітаційну роботу.

Вивчення впливу методів арт-терапії на емоційний стан осіб з наркотичною залежністю істотно поповнює, проте не вичерпує досліджувану проблематику, окреслюючи тим самим коло конкретних дослідницьких

завдань. Так, перспективними можна вважати наукові розробки з дослідження впливу на емоційний стан осіб з наркотичною залежністю знаходження в умовах стаціонару тимчасового перебування.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абазов З. Профилактика наркомании // Советская юстиция. 1997. — № 18.
2. Аменд А.Ф. Проблема профилактики наркомании в молодёжной среде // Педагогика. 2004. №4. С. 21-29.
3. Андреева Г.М. Социальная идентичность: временные и средовые компоненты // Психология личности: Хрестоматия. СПб., 2000. – 369 с.
4. Анисимов Л. Н. Профилактика пьянства и наркомании среди молодежи. М., 2009. 287 с.
5. Бабаян З.А., Гонопольский М.Х. Учебное пособие по наркологии. М., 2004. 571 с.
6. Баклі та Дж. Кейпл «Теорія і практика тренінгу». Изд. Питер, С-ПБ, 2002. – 522 с.
7. Барановская И.П. Наркотикам – стоп! // Украинское слово. 2003. 28 с.
8. Белогуров С.Б. Популярно о наркотиках и наркоманиях. Спб, 2009. 511 с.
9. Березин С.В., Лисецкий К.С., Мотынга И.А. Психология ранней наркомании. Самара, 2010. 620 с.
10. Бернс Р. Развитие Я - концепции и воспитание. Москва, 2010. 355 с.
11. Бохан Н. А., Катков А. Л., Россинский Ю. А. Ранняя профилактика и неоабилитация больных опийной наркоманией. - Павлодар., 2005. 458 с.
12. Вилюнас В.К. Психология эмоциональных явлений. М.: Изд-во МГУ, 2008. 168с.
13. Вступ до соціальної роботи: Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів / За ред. Т.В. Семигіної, І.І. Миговича. К.: Академвидав, 2005. 304 с.
14. Емельянов Ю.Н. «Активное социально-психологическое обучение».

- Л., 2006. 421 с.

15. Еникеева Д.Д. Как предупредить алкоголизм и наркоманию у подростков. М., 2008. 378 с.

16. Как построить свое "Я" / Под ред. Зинченко В.П. М.: Педагогика, 2009. 458 с.

17. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия. СПб.: Питер Ком, 2008. 458 с.

18. Кокур О.М. Передумови та негативні наслідки розповсюдження наркоманії // Практична психологія та соціальна робота. 2004. №10. С. 10 -11.

19. Колосов Д. В. Наркомания: Сущность и социальные последствия // Политическое образование. 2009. № 4. С 26-32.

20. Кон И.С. В поисках себя: Личность и ее самосознание. М.: Политиздат, 2008. 411 с.

21. Конституція України від 28 червня 1996 року// Українська правнича фундація. К.: 2009. 347 с.

22. Корнєв М.Н., Коваленко А.Б. Соціальна психологія. К., 1995. 158 с.

23. Коробкина З.В., Попов В. А. Наркобизнес и наркомания в XX веке. Владимир, 2000. 432 с.

24. Костина Л.М. Игровая терапия с тревожными детьми. М., 2003. 148 с.

25. Курдюкова Н.А. Оценивание успешности учебной деятельности как психолого-педагогическая проблема: Автореф. Дисс. канд. Наук. СПб., 2009. 258 с.

26. Кучер Т.З. Профілактика розповсюдження наркоманії // Шкільна бібліотека. 2006. №6. С. 111-112.

27. Левин Б.М., Левин М.Б. Наркомания и наркоманы. М., 2009. 458 с.

28. Личко А.Е., Битенский В. С. Подростковая наркология. М., 2009. 421 с.

29. Леонтьев А.Н. Избранные психологические произведения: в 2-х т. М., 2008. 234 с.

30. Лисецкий К., Березен С. Как становятся наркоманами?// ОБЖ -2004 №9. С 48 – 52.
31. Мареев В.С. «Социально-психологический тренинг». М., 2005. 458 с.
32. Марион Н. Политика в области наркотической зависимости// Новости ВИЧ-СПИД 2008. Вип 1. 14 с.
33. Муздыбаев К. Психология ответственности. М., 2009. 258 с.
34. Наркозлочинність: кримінологічна характеристика та запобігання: Науково-практичний посібник/А.А.Бова,В.І.Женунтній, А.П.Закалюк та ін.; За заг. ред.. А.П. Закалюка.- К.: 2006 –296 с.
35. Наркотики: Проблемы организации профилактической работы в молодежной среде: Материалы, исследования, тезисы / Под ред. С.С.Гиля, О.В.Морозовой. Омск, 2008. 428 с.
36. Орбан-Лембрик Л. Е. Соціальна психологія: Посібник. К.: Академвидав, 2003. 448 с.
37. Осипова А.А. «Общая психокоррекция», Навчальний посібник для студентів вузів. М., 2008. 357 с.
38. Основы педагогики: учеб. пособие / Под редакцией Е.А Коновальчик, А.И Жук, И.И Казимирская, О.Л. Жук: Минск., Аверсэв, 2009. 489 с.
39. Педагогическая профилактика наркомании в школе / Под ред. А. Г. Макеевой. М., 2007. 421 с.
40. Петровская Л.А. Теоретические и методические проблемы социально-психологического тренинга. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 2006. – 168 с.
41. Петровская Л.А., Жуков Ю.М. «Диагностика и развитие компетентности в общении». Киров, 2008. 441 с.
42. Петровская Л.А. «Социально-психологический тренинг». М., 2006. 269 с.
43. Петровская Л.А. «Теоретические и психологические проблемы социально-психологического тренинга». М., 2006. 421 с.

44. Подросток на перекрестке эпох. Под ред. Кривцовой С.В. М. Генезис, 2010. 317 с.
45. Постановва кабінету міністрів України. « Про затвердження Порядку знищення рослин, що містять наркотичні засоби та психотропні речовини, а також підходів таких рослин» від 1 червня 2002 р. № 7. 43 с.
46. Практична психологія та соціальна робота. 2006. №5. 369 с.
47. Прутченков М.С. «Социально-психологический тренинг межличного общения». М., 2006. 368 с.
48. Прихожан А.М. Причина, профилактика и преодоление тревожности// Психологическая наука и образование. 2008. №2. С.45 – 52.
49. Пути и методы предупреждения подростковой и юношеской наркомании / Под ред. С. В. Березина. Самара, 2006. 247 с.
50. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога. М., 2006. 354 с.
51. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. М., 2001. 368 с.
52. Рущенко И.П. и Соболева И.П. Молодёжь и наркотики Х., 2006. 432 с.
53. Сирота. Н.А. «Профилактика наркомании у подростков». М., 2006. 290с.
54. Социальная педагогика: курс лекций; учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений / Под редакцией М.А. Галагузовой. : М., Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2008. 321 с.
55. Социальная педагогика: курс лекций; учеб. пособие для студентов высш. пед. учеб. заведений / Под редакцией Ф.А. Мустаевой: М., Академический проект, 2002. 351 с.
56. «Социальная психология»./ Под ред. Сухова А.Н., Деркача А.А. Учебное пособие. М., 2001. 228 с.
57. «Социально-психологический тренинг»/ Под ред. Захарова В.П., Хрящева Н.Ю. Л., 2006. 328 с.

58. Тазетдинов И. М., Менделевич В. Д., Фаттахов Ф. З. Психологические и психопатологические особенности больных наркоманией и меры эффективности их реабилитации // Наркология. 2005. № 7, С 58 – 63.
59. Фекьяер Х. О. Алкоголь и иные наркотики: Магические или химические вещества? Киев, 2009. 258 с.
60. Фортова Л.К. Социально-педагогические основы предупреждения алкоголизма и наркомании среди детей и молодежи. Владимир, 2006. 362 с.
61. Хохлова К. А, Портнова А. Г. Проблема методологических подходов к изучению личности наркозависимого // Естествознание и гуманизм. Сборник научных работ: под ред. д. б. н. Ильинских Н. Н. Томск: Сибирский государственный медицинский университет. 2006. 128 с.
62. Черносивтов Л.Ю. Люди и наркотики // Химия и жизнь. 2005. №1. С 12-19.
63. Юнак В.Ю. Наркомания – дорога в бездну. К.,: Здоров'я, 2009. 192 с.
64. Яницкий М. С. (1997) Изучение ценностно-смысловой сферы личности. Методические рекомендации. Кемерово. Шкільний світ. 2002. № 25-28.

ДОДАТОК А

Методика САН (Самопочуття. Активність. Настрій.)

Інструкція. Слід співвіднести свій стан з ознаками за багатоступінчастою шкалою. Ви маєте вибрати і позначити цифру, що найбільш точно відбиває ваш стан на даний момент.

Обробка та інтерпретація. При обробці ці цифри перекодуються в такий спосіб. Негативні стани за шкалою САН приймаються за 1 бал, наступний за ним за 2 бали і так далі. Слід урахувати те, що полюси шкали постійно змінюються. Позитивні стани завжди одержують високі бали, а негативні низькі. За цими балами розраховується середнє арифметичне як загалом, так і окремо за активністю, самопочуттям і настроєм.

При оцінці функціонального стану важливі значення окремих показників та їхнє співвідношення. Наприклад, у відпочилої людини оцінки активності, настрою, самопочуття приблизно однакові. У міру наростання втоми співвідношення між ними змінюється за рахунок відносного зниження самопочуття й активності в порівнянні з настроєм.

Ключ.

Питання на самопочуття -1,2,7,8,13,14,19,20,25,26.

Питання на активність-3,4,9,10,15,16,21,22,27,28.

Питання на настрій - 5,6,11,12,17,18,23,24,29, 30.

Самопочуття добре	3210123	Самопочуття погане
Почуваюся сильним	3210123	Почуваюся слабким
Пасивний	3210123	Активний
Малорухливий	3210123	Рухливий
Веселий	3210123	Сумний
Добрий настрій	3210123	Поганий настрій
Працездатний	3210123	Розбитий

Сповнений сил	3210123	Знесилений
Повільний	3210123	Швидкий
Бездіяльний	3210123	Діяльний
Щасливий	3210123	Нещасливий
Життєрадісний	3210123	Похмурий
Напружений	3210123	Розслаблений
Здоровий	3210123	Хворий
Байдужий	3210123	Захоплений
Спокійний	3210123	Схвильований
Захоплений	3210123	Сумовитий
Радісний	3210123	Печальний
Відпочивший	3210123	Стомлений
Свіжий	3210123	Виснажений
Сонливий	3210123	Збуджений
Бажання відпочити	3210123	Бажання працювати
Спокійний	3210123	Стурбований
Оптимістичний	3210123	Песимістичний
Витривалий	3210123	Втомлений
Бадьорий	3210123	Млявий
Думати важко	3210123	Думати легко
Розсіяний	3210123	Уважний
Сповнений сподівань	3210123	Розчарований
Задоволений	3210123	Незадоволений

ДОДАТОК Б

Шкала самооцінки (тест Ч. Д. Спілбергера - Ю. Л. Ханіна)

Шкала самооцінки складається з 2 частин, що роздільно оцінюють реактивну (РТ, вислови № 1-20) і особистісну (ЛТ, вислови № 21-40) тривожність.

Інструкція: Залежно від самопочуття в даний момент, вкажіть найбільш підходячу для Вас цифру: «1» - ні, це зовсім не так; «2» - мабуть так; «3» - вірно; «4» - абсолютно вірно:

№	Судження СТ	Ні, це зовсім не так	Мабуть так	Вірно	Абсолютно вірно
1	Ви спокійні	1	2	3	4
2	Вам ніщо не загрожує	1	2	3	4
3	Ви знаходитесь в напрузі	1	2	3	4
4	Ви відчуваєте співчуття	1	2	3	4
5	Ви відчуваєте себе вільно	1	2	3	4
6	Ви засмучені	1	2	3	4
7	Вас хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8	Ви відчуваєте себе відпочившою людиною	1	2	3	4
9	Ви стривожені	1	2	3	4
10	Ви відчуваєте почуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4
11	Ви впевнені в собі	1	2	3	4
12	Ви нервуєте	1	2	3	4
13	Ви не знаходите собі місця	1	2	3	4

14	Ви напружені	1	2	3	4
15	Ви не відчуваєте скутості і напруги	1	2	3	4
16	Ви задоволені	1	2	3	4
17	Ви стурбовані	1	2	3	4
18	Ви дуже збуджені і Вам не по собі	1	2	3	4
19	Вам радісно	1	2	3	4
20	Вам приємно	1	2	3	4

Інструкція до другої групи суджень: Прочитайте уважно кожне з наведених нижче пропозицій і закресліть підходячу для Вас цифру справа залежно від того, як Ви себе звичайно почуваєте.

№	Судження ОТ	Майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
1	Ви відчуваєте задоволення	1	2	3	4
2	Ви швидко втомлюєтеся	1	2	3	4
3	Ви легко можете заплакати	1	2	3	4
4	Ви хотіли б бути такою ж щасливою людиною, як і інші	1	2	3	4
5	Буває, що Ви програєте через те, що недостатньо швидко приймаєте рішення	1	2	3	4
6	Ви відчуваєте себе бадьорим чоловіком	1	2	3	4
7	Ви спокійні, холоднокровні і зібрані	1	2	3	4
8	Очікування труднощів дуже турбує Вас	1	2	3	4
9	Ви занадто переживаєте через дрібниці	1	2	3	4
10	Ви буваєте цілком щасливі	1	2	3	4
11	Ви приймаєте все занадто близько до серця	1	2	3	4
12	Вам не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4

13	Ви відчуваєте себе в безпеці	1	2	3	4
14	Ви намагаєтесь уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
15	У Вас буває нудьга, туга	1	2	3	4
16	Ви буваєте задоволені	1	2	3	4
17	Будь-які дрібниці відволікають і хвилюють Вас	1	2	3	4
18	Ви так сильно переживаєте своє розчарування, що потім довго не можете про них забути	1	2	3	4
19	Ви врівноважена людина	1	2	3	4
20	Вас охоплює сильне занепокоєння, коли Ви думаєте про свої справи і турботи	1	2	3	4

Ситуативна тривожність (СТ) визначається по ключу:

$$СТ = (3,4,6,7,9,12,13,14,17,18) - (1,2,5,8,10,11,15,16,19,20) + 50 =$$

ОТ - Особистісна тривожність визначається по ключу:

$$ОТ = (2,3,4,5,8,9,11,12,14,15,17,18,20) - (1,6,7,10,13,16, 19) + 35 =$$

ДОДАТОК В

Шкала самооцінки депресії Цунга, адаптація Балашової Т. І.

Інструкція: прочитайте уважно кожне з наведених нижче пропозицій і закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, як Ви себе відчуваєте в останній час. Над питаннями довго не замислюйтеся, оскільки правильних або неправильних відповідей немає.

A – ніколи або зрідка

B – іноді

C-часто

D – майже завжди або постійно

Затвердження	A	B	C	D
1. Я відчуваю пригніченість	1	2	3	4
2. Вранці я відчуваю себе найкраще	1	2	3	4
3. У мене бувають періоди плачу або близькості до сліз	1	2	3	4
4. У мене поганий нічний сон	1	2	3	4
5. Апетит у мене не гірше звичайного	1	2	3	4
6. Мені приємно дивитися на привабливих жінок, розмовляти з ними, перебувати поруч	1	2	3	4
7. Я помічаю, що втрачаю вагу	1	2	3	4
8. Мене турбують запори	1	2	3	4
9. Серце б'ється швидше, ніж зазвичай	1	2	3	4
10. Я втомлююся без всяких причин	1	2	3	4
11. Я мислю так само ясно, як завжди	1	2	3	4
12. Мені легко робити те, що я вмю	1	2	3	4
13. Відчуваю занепокоєння і не можу всидіти на місці	1	2	3	4
14. У мене є надії на майбутнє	1	2	3	4
15. Я більш дратівливий, ніж зазвичай	1	2	3	4

16. Мені легко приймати рішення	1	2	3	4
17. Я відчуваю, що корисний і необхідний	1	2	3	4
18. Я живу досить повним життям	1	2	3	4
19. Я відчуваю, що іншим людям стане краще, якщо я помру	1	2	3	4
20. Мене досі радує те, що радувало завжди	1	2	3	4

Обробка результатів

Рівень депресії (УД) розраховується за формулою:

$$УД = \sum_{пр} + \sum_{звор.} Де$$

$\sum_{пр}$ – сума закреслених цифр до "прямих" висловлювань № 1,3,4,7,8,9,10,13,15,19;

$\sum_{звор.}$ – сума цифр, "зворотних" закресленим, до висловлювань № 2, 5, 6, 11, 12,14,16,17, 18,20.

Інтерпретація результатів

В результаті отримуємо УД, який коливається від 20 до 80 балів.

Якщо УД не більше 50 балів, то діагностується стан без депресії.

Якщо УД більше 50 і менше 59 балів, то робиться висновок про легку депресію ситуативного чи невротичного генезу.

Показник УД від 60 до 69 балів – субдепресивний стан або маскована депресія.

Справжнє депресивний стан діагностується при УД більше 70 балів.

ДОДАТОК Г

КОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА З ПОДОЛАННЯ ПОРУШЕНЬ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У ОСІБ З НАРКОТИЧНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ ЗА ДОПОМОГОЮ АРТ-МЕТОДІВ

Мета: корекція порушень емоційних станів осіб з наркотичною залежністю.

Завдання програми:

1. Зняття емоційної напруги.
2. Зниження тривожності.
3. Зниження рівня депресії.
4. Підвищення самоцінності.
5. Формування мотивації до соціальної активності
6. Створення умов для самореалізації.

Категорія учасників: люди похилого віку.

Кількість занять: 9

Тривалість заняття: 60 -90 хвилин

Режим проведення занять: 3 рази на тиждень.

ЗМІСТ

ЗАНЯТТЯ 1 (Ізотерапія)

Інформаційне повідомлення: «Мета і завдання наших тренінгових занять».

Психолог знайомить учасників з цілями і завданнями групової роботи. Обговорюються умови і режим роботи, вводяться правила групової роботи. Психолог розповідає, в якій формі будуть проходити заняття і яким основним темам вони будуть присвячені.

Вправа «Тасмниця імені»

Давайте поміркуємо над прихованим змістом ваших імен. Для початку відкриємо таємницю першого звуку вашого імені. Що вас веде по життю? І що вимагає вашої особливої уваги?

Наприклад: «Я - Марія, і мені приходять на допомогу Мудрість і Мужність. А пам'ятати я повинна про те, що частенько буваю М'якотілою ».

Будь ласка, у вас є час, щоб зрозуміти сенс, прихований в першій букві вашого імені. На це завдання відводиться 2 хвилини, після закінчення яких учасники вправи розповідають про свої знахідки.

Вправа «Каракулі»

Матеріали: папір А4, кольорові олівці, фломастери.

1. Учасникам пропонується вибрати олівець будь-якого кольору.

1. Малювання «каракулей» на аркуші паперу в результаті якого виходить складний «клубок» ліній.

3. В цьому «клубку» ліній слід побачити який-небудь образ (або кілька образів) і розвинути їх.

4. Учасникам пропонується висловити в словах свої почуття і асоціації, що з'являються при створенні різних каракулей.

5. Обговорення виконаної роботи.

Учасникам пропонується відповісти на наступні питання:

-Що відчували під час малювання каракулей?

-Що відчуваєте, дивлячись на свій малюнок каракулей?

-Дивлячись на ваш малюнок, які образи вам приходять в голову?

-Розкажіть про виниклі образи.

-Про що це для Вас?

Релаксація «Водоспад».

Психолог: Прийміть зручну позу, закрийте очі. Дихайте рівномірно, спокійно. Зробіть глибокий вдих, повільно видихніть. Уявіть собі поле і себе на ньому. Ви стоїте босими ногами на теплій землі. Озирніться навколо, відзначте в уяві все, що потрапляє вам на очі. Підніміть голову вгору і подивіться на ласкаве сонечко. Воно яскраво-золотисте і тепле. Відчуйте тепло і енергію

сонця. Поверніть голову вправо і знайдіть поглядом водоспад. Це гірський водоспад. Підійдіть до нього. Подивіться, яка прозора вода, відчуєте свіжість біля водоспаду. Станьте під водоспад і прийміть чистий гірський душ. Відчуйте, як вода омиває ваше тіло з голови до ніг. Вода змиває все неприємне, очищає ваше тіло і душу. Відчуйте приємне очищення і задоволення, вийдіть з під водоспаду. Поверніться на луг і станьте обличчям до сонця. Зробіть глибокий вдих і повільно видихайте. Ви змили з себе всі емоційні хвилювання, неприємні спогади і думки. Уявіть собі, що сонце вам посміхається. Посміхніться йому у відповідь. Простягніть руки назустріч, сонячного променя, упірни́ть в нього. Прийміть «сонячний душ» з голови до ніг. Відчуйте, як промінь поступово стосується кожної частини вашого тіла, наповнюючи його сонячним світлом, сонячною енергією. Ви насичені чистою енергією здоров'я. Вам приємно. Зробіть вдих і на видиху відкрийте очі.

Рефлексія

Чи була цікавою для вас робота?

Які почуття ви відчували під час заняття?

Чи сприяла творча робота поліпшенню вашого настрою?

ЗАНЯТТЯ 2 (Мандалатерапія)

Вправа «Колір мого стану»

Учасники по черзі говорять, який сьогодні колір їх внутрішнього стану.

Вправа Мандала «Мій стан»

Інструкція.

Візьміть ліст А4 з намальованим колом.

Кольоровими олівцями або фарбами намалюйте що-небудь в центрі кола, вибравши той колір, який найбільш приємний Вам в цей момент. Сфокусуйте увагу на намальованій Вами формі і поміркуйте, яку наступну дію вона Вам підказує.

Важливо отримати від цієї роботи задоволення.

Зовнішні кордони кола не повинні бути для Вас непереборною перешкодою. Якщо хочете вийти за їх межі, Ви можете це зробити, - це ваше коло.

Коли закінчите малювати, підпишіть малюнок і поставте дату, а також вкажіть, де знаходиться верхня частина зображення.

Питання для обговорення:

Розкажіть, що Ви створили?

Як Ви можете назвати свою роботу?

Які почуття вона викликає у Вас?

Які почуття Ви відчували в процесі малювання?

Яке смислове і енергетичне навантаження несуть в собі різні елементи Вашого малюнка?

Чи є в роботі центральний елемент? Що Ви можете розповісти про нього?

Чи пов'язаний центральний елемент з периферією? Чи важливо це для Вас?

Чи присутні в роботі кордони? Які їх функції?

Чи є в роботі динаміка?

Яка частина роботи сприймається Вами як найбільш ресурсна?

Який саме ресурс вона в собі містить?

З яким аспектом у Вашому житті, можна співвіднести цей малюнок?

Як би малюнок міг звернутися до Вас, що б він сказав?

Як би Ви відповідали йому, якою була би Ваш відповідь?

Рефлексія

Чи отримали ви натхнення від своєї мандали?

Чи було цікавим для вас сьогоднішнє заняття?

З яким настроєм ви йдете?

ЗАНЯТТЯ 3 (Казкотерапія)

Вправа «Колір мого настрою»

Психолог пропонує учасникам групи по черзі сказати, в який колір зараз забарвлен їх настрій.

Психолог: Сьогодні ми поговоримо про такий стан людини, як щастя. Думаю ви погодитесь, що кожна людина хоче бути щасливою, але кожен вкладає в це поняття свій сенс. А як ви вважаєте, що є показником щастя?

Учасники висловлюють свої припущення.

Психолог: Дякуємо. А зараз послухайте казку про чоловіка, який шукав щастя.

Казка «Щастя»

Чоловік шукав своє щастя.

Довго шукав. Півземлі обійшов. Спускався в підземелля і опускався на морське дно, піднімався в небо на повітряній кулі і сходив на найвищі гори.

Чоловік дуже хотів бути щасливим. Але щастя приходило до нього лише на мить і знову кудись зникало. І тривали всі ті ж сірі будні.

Вправа «Я і світ»

Психолог: зараз я пропоную вам намалювати на аркуші паперу силует людини і розмістити всередині нього різні почуття, емоції. Для цього розфарбуйте силует обраними для себе кольорами, підберіть кожному відповідне місце всередині контуру і позначте, з якими почуттями асоціюються вибрані вами кольори.

А зараз розфарбуйте зовнішній простір навколо силуету людини, зобразивши кольора навколишнього світу.

Обговорення

Учасники обмінюються враженнями, розповідаючи про те, які почуття вони помістили всередині силуету людини, а які зовні.

Потім аналізують, які почуття і емоції домінують у них, а які вони бачать в навколишньому світі. Важливо, щоб кожен з учасників усвідомив свої домінуючі емоції, почуття, переживання.

Продовження казки:

- Сірі будні? - раптом одного разу задумався Чоловік. - А чому, власне, вони у мене сірі? І він зрозумів: дні повинні бути різнокольоровими, яскравими, барвистими.

- Напевно, щось недобре відбувається з моїм зором, - вирішив Чоловік і пішов до окуліста.

- У вас хороший зір, - подивившись в очі Чоловіка, сказав Окуліст. - Напевно, ваша проблема у внутрішньому баченні.

І він порадив людині звернутися до іншого Фахівця.

- На що скаржимося? - засукавши рукава, запитав інший Спеціаліст.

- Не бачу фарб життя, ніщо не радує, все в сірому кольорі, - відповів чоловік.

- Так-с, - глибокодумно сказав Спеціаліст. - А всередині-то що?

- А всередині темрява, - сказав Чоловік, і раптом зрозумів: змінюватися треба зсередини!

Вправа «Світло любові»

Психолог пропонує учасникам зайняти зручне положення, при бажанні закрити очі, глибоко вдихнути кілька разів і розслабитися.

Психолог: Згадайте ту ситуацію свого життя, коли вам було особливо добре і ви були впевнені в собі ... Подивіться: де ви знаходитесь, як виглядаєте? .. Які позитивні почуття ви відчуваєте, перебуваючи в цьому образі? ..

Уявіть себе в сонячному світлі, який висвітлює і зігріває вас ... А зараз відчуйте світло і тепло всередині себе ... Уявіть, що у ваших грудях є джерело любові ... Якого воно кольору? Ви можете поширити цей колір всередині себе просто тому, що він корисний для вас ...

Уявіть, що цей колір наповнює все ваше тіло ...

Якщо хочете, можете підняти руки, щоб колір проходив через вас ... Уявіть собі, що світло любові поширюється все далі і далі: на цю кімнату, будинок, в якому ви перебуваєте, на місто, ліси і гори, на всю землю. Ви

можете надіслати його навіть до зірок ... Ви сильний маяк, і в вашому тілі є джерело всепроникливої життєвої енергії любові ...

Ви можете отримувати енергію сонячного світла, енергію любові, зігріватися і висвітлюватися нею. І також ви можете ділитися енергією любові. Ви - частина великого цілого.

Збережіть в собі це відчуття сили любові і життєвої енергії ... Потягніться трохи і відкрийте очі ... Ви знову тут, в цій кімнаті, енергійні і бадьорі.

Бажаючі можуть розповісти, що вони відчували, виконуючи дану вправу.

Продовження казки

Чоловік також закрив очі, і представив високо над собою сонце, теплі промені якого освітили і зігріли його, проникли всередину, і він несподівано відчув своє серце. Хвиля ніжності і любові наповнила його. Світла було так багато, що Чоловік поширив його на весь навколишній світ.

Розплющивши очі, він подивився на всі сторони. Навколо було світло.

- Світло всередині - світло зовні, - зрозумів Чоловік і відчув себе щасливим. - Значить, наше щастя живе в серці, коли воно наповнене світлом і любов'ю. І воно завжди з нами.

Вправа «Скульптура радості»

Психолог пропонує учасникам показати скульптуру радості. Для цього необхідно прийняти позу впевненої людини: випрямити спину, підняти голову і, розставивши руки в сторони, посміхнутися. Ця скульптура з'єднує впевненість в собі і відкрите, доброзичливе ставлення до світу.

Після учасники розповідають, що вони відчували, виконуючи дану вправу.

Закінчення казки

З той пори Чоловік багато разів підіймався на високі гори і занурювався в морські глибини, розвивав свою справу і виховував дітей, але все це він робив з любов'ю в серці.

- Як легко бути щасливим, - часто з посмішкою думав Чоловік, - треба просто навчитися відчувати себе, відкрити серце для світла і любові, і, сповнившись цими почуттями, ділитися ними з навколишнім світом.

Вправа «Я і світ»

Психолог: Пропоную вам ще раз намалювати на аркуші паперу силует людини так, щоб він вам подобався. А зараз «заселить» його новими почуттями і станами - тими, які вам хотілося б відчувати у своєму житті і пред'являти світу. Ви можете прикрасити і навколишній простір.

Після виконання вправи учасники при бажанні показують свої малюнки і називають вибрані почуття.

Питання для аналізу казки:

1. Про що ця казка?
2. Чого хотів досягти Чоловік своїми діями?
3. Що він відчував, коли досяг бажаних цілей?
4. Чи бували у вас періоди, коли досягнення бажаного приносило лише тимчасову радість?
5. Чому одного разу людина вирішила вилікувати свій зір?
6. Чим відрізняється наш зовнішній зір від внутрішнього бачення?
7. Чому людина вирішила змінитися внутрішньо? Що він для цього зробив?
8. Які зміни відбулися з Людиною, коли він відчув своє серце?
9. Який висновок він зробив?
10. Який висновок можна зробити з цієї казки?

Рефлексія

Чи було цікавим для вас сьогоднішнє заняття?

Що сподобалося вам більше всього?

Що нового ви дізналися про себе?

З яким настроєм ви йдете?

ЗАНЯТТЯ 4 (Лялькотерапія)

Вправа «Цінна якість»

Психолог пропонує учасникам групи продовжити фразу: «У мене є багато цінних якостей. Одна з них – ...»

Вправа «Лялька-дзвіночок»

Алгоритм роботи

Лялька – це прообраз Ваших позитивних якостей в сьогоднішній день. Вона створюється як оберег і є вашим талісманом.

Для виготовлення ляльки-дзвіночка потрібно:

1. Три круглих клаптя тканини яскравого забарвлення діаметром 22, 17, 12 см.
2. Клапоть бавовняної тканини розміром 20x15 см.
3. Клапоть світлої тканини розміром 20x20 см.
4. Нитки, стрічка, вата, ножиці.
5. Дзвіночок.

Виготовлення

Потрібно вирізати три кружечки різного розміру з різнобарвної тканини на спіднички, квадратик білої тканини для голови, шматочок вати або дрантя, трикутник для хустки (з досить довгими кінцями, щоб можна було зав'язати на спині), приготувати нитки.

1. Візьміть найбільший круг тканини і з виворітного боку напишіть п'ять слів, які відповідають тому, яким хочете бачити себе через рік.
2. На колі середнього розміру запишіть п'ять слів, які відповідають тому, що ви готові віддати світу.
3. На найменшому колі запишіть відповідь на питання: "що мені потрібно для ефективного руху в бік здійснення моїх планів?"

Спочатку візьміть найбільше коло, в центр покладіть вату, перев'яжіть. Зверху накладіть коло середнього розміру і також перев'яжіть.

Повторіть те саме з маленьким кружком. Зверху пов'яжіть білий квадрат. Зробіть ручки. Підігніть куточки сорочки, підв'яжіть червоною ниткою.

Тепер пов'яжіть хустку: перехрестивши на грудях, зав'яжіть на спині. Лялька дзвіночок готова! Пришийте дзвіночок всередині ляльки - він буде свого роду внутрішньої опорою. Тепер Ви можете не тільки побачити, а й почути Вашу ляльку.

Рефлексія

Чи було цікавим для вас сьогоднішнє заняття?

Що сподобалося вам більше за все?

Що нового ви дізналися про себе?

З яким настроєм ви йдете?

ЗАНЯТТЯ 5 (Ізотерапія, ліплення з солоного тіста)

Вправа «Мій настрій»

Ведучий пропонує учасникам групи показати за допомогою великого пальця правої руки, в якому настрої вони прийшли на заняття. Якщо настрої радісний, бадьорий - палець піднятий вгору, сумний, пригнічений - опущений вниз, а якщо нейтральний - палець знаходиться в горизонтальному положенні.

Розмова на тему «Страх»

Вправа «Намалюй свій страх»

1. Учасникам пропонується намалювати свій страх і йому дати ім'я.
2. Учасники по черзі розповідають про свої малюнки.
3. Йде обговорення.
4. Після чого учасникам пропонується кілька варіантів на вибір позбавлення від свого страху: знищити малюнок (страх); перетворити страшне в смішне, домалювавши малюнок; прикрасити його, щоб воно само себе сподобалося і стало добрим; або свій варіант придумати.

Питання для обговорювання:

1. Що зображено на малюнку? Розкажіть про нього докладніше.
2. Які відчуття у Вас виникали під час малювання?
3. Який спосіб позбавлення від страху Ви вибрали? Який цей страх зараз?
4. Які відчуття у Вас виникали під час «позбавлення»?

5. Чи змінилося Ваше ставлення до даного страху тепер?

Вправа «Талісман»

Матеріали: Тісто, стрічки, гудзики, стрази, блискітки, крупи (гречка, рис), макаронні вироби (різні за формою, розміром), намистинки, мушлі.

Процедура: Пропонується із запропонованих матеріалів зробити собі особистий амулет для захисту від страхів.

Питання для обговорення:

Уявіть свій талісман іншим.

Як діє ваш талісман?

Якими властивостями він володіє?

Як він допоможе Вам впоратися з труднощами у вашому житті?

Чому було обрано саме ці матеріали?

Рефлексія

Чи було цікавим для вас сьогоднішнє заняття?

Що сподобалося вам більше?

Що нового дізналися?

З яким настроєм ви йдете?

ЗАНЯТТЯ 6 (Ізотерапія)

Вправа «Моє хобі».

Продовж речення: "Мене звать... Моє хобі, захоплення...»

Вправа «Малюнок по колу».

Інструкція.

Учасникам пропонується сісти в коло і на папері формату А4 створити невеликий малюнок, який в якійсь мірі відображав би їх стан, настроїв в даний момент.

Після закінчення роботи учасники передають свої малюнки по колу, починаючи з сусіда зліва, який щось домальовує на свій розсуд і передає малюнок далі.

Робота триває до тих пір, поки кожен учасник не залишить свій слід на малюнку кожного в групі.

Питання для обговорення.

Які очікування були у Вас, коли робота «подорожувала по світу?»

Які почуття Ви відчували, коли перед Вами виявлялися роботи колег, які потрібно було доповнити?

Як Ви сприйняли свою роботу, «удосконалену» іншими?

Чи вдалося побачити крізь доповнення інших учасників образ, створений Вами?

Чи був він досить яскравим, щоб не поблекнуть на тлі доданих елементів?

Чи подобається Вам те, що вийшло після закінчення роботи?

Вправа «Подарунок»

Психолог: Кожен з вас унікальна і цінна особистість, що володіє багатьма позитивними якостями.

Зараз ви зробите комусь подарунок і відповідно отримаєте його від іншого учасника. Для цього ви можете намалювати або написати на невеликому аркуші паперу побажання іншому учаснику групи. Потім ми складемо всі побажання в кошик, і кожен витягне з нього щось для себе.

Рефлексія

Чи було цікавим для вас сьогоднішнє заняття?

Що сподобалося вам більше?

Що нового дізналися ви дізналися про себе?

З яким настроєм ви йдете?

ЗАНЯТТЯ 7 (Робота з папіром)

Вправа «Колір мого стану»

Учасники по черзі говорять, який сьогодні колір їх внутрішнього стану.

Вправа «Паперовий чоловічок»

Учасникам слід за допомогою обережних надриків «вирізати» з аркушу паперу фігурку чоловічка.

Запропонуйте учасникам дати своєму чоловічкові своє ім'я. Поясніть, що це їхній образ самих себе, беззахисних і вразливих, які переживають справжні почуття і знають всі секрети про їхнє життя.

Перший учасник бере в руки свого паперового чоловічка. Учасник відповідає на питання, розповідаючи про паперового чоловічка, називаючи його своїм ім'ям.

Питання:

Чи потребує ваш чоловічок компанії інших чоловічків?

Що чоловічок чекає від оточуючих?

Чого не вистачає в житті вашому чоловічкові

Кого ваш чоловічок найбільше цінує в своєму житті?

Від чого вашому чоловічкові буває боляче?

Що допомагає йому справлятися з найважчими періодами в житті?

Так як питань багато, то рекомендується не ставити їх все кожному учаснику поспіль. Візьміть одне питання і нехай сидять в колі зі своїми чоловічками в руках відповідають по черзі тільки на це питання. І тільки тоді приступите до другого. І так далі.

Вправа «Безпечне місце»

Інструкція: зробіть кілька спокійних глибоких вдихів і видихів. Закрийте очі і продовжуйте дихати нормально. Уявіть картинку місця, де ви відчуваєте себе безпечно, спокійно і щасливо. Уявіть, що Ви там стоїте або сидите. Ви можете себе там побачити? Використовуючи свою уяву озирніться навколо. Що ви помітили? Що бачите поруч із собою? Придивіться до деталей і особливостей речей навколо вас. З якого вони матеріалу, якого кольору? Уявіть, що протягуєте руку і торкаєтесь до них. Як ви себе відчуваєте? Тепер подивимося ще далі. Що ви бачите навколо себе? А ще далі на відстані? Спробуйте розглядіти різні кольори, форми і тіні. Це ваше особливе місце, і ви можете уявити все, те що вам хочеться, щоб там було. Коли там перебуваєте, вам спокійно і затишно. Уявіть, що ваші босі ноги торкаються землі. Яка земля на відчуття? Повільно пройдіться, спостерігаючи за навколишнім середовищем.

Намагайтеся побачити, як виглядають речі навколо і які вони на дотик; ви чуєте звуки? Можливо, це ніжний порив вітру або спів птахів, або шум морських хвиль...Ви відчуваєте теплі сонячні промені? Ви відчуваєте запахи? Можливо, це морське повітря або ароматні квіти, або аромати вашої улюбленої їжі? В вашому особливому місці ви можете бачити все, що побажаєте; уявіть, як торкаєтеся або відчуваєте запах речей і чуєте приємні звуки. Ви відчуваєте себе спокійно і щасливо. Тепер уявіть, що хтось особливий знаходиться разом з вами у вашому особливому місці. Там з вами ваш хороший друг, який готовий вам допомагати, хтось сильний і добрий. Він або вона готовий допомогти вам і піклуватися про вас. Уявіть, що Ви разом не поспішаючи гуляєте і вивчаєте навколишній світ, насолоджуєтесь. З ним або з нею ви відчуваєте себе щасливим. Ця особистість - ваш помічник і добре вміє дати собі раду з різними проблемами. Ще раз в вашій уяві озирніться навколо. Добре придивіться до всього. Запам'ятайте своє особливе місце. Воно завжди буде таким. Завжди зможете уявити, що ви в цьому місці, якщо вам захочеться відчути себе спокійно, безпечно і щасливо. Ваші помічники завжди будуть там разом з вами, коли вони вам потрібні.

Теперь приготуйтеся відкрити очі і зараз залишити ваше особливе місце. Ви можете повернутися сюди, коли тільки захочете. Як тільки відкриєте очі, відчуєте себе спокійним і щасливим.

Рефлексія

Чи було цікавим для вас сьогоднішнє заняття?

Що сподобалося вам більше?

Що нового дізналися ви дізналися про себе?

З яким настроєм ви йдете?

ЗАНЯТТЯ 8 (колажування)

Вправа «Цінна якість»

Психолог пропонує учасникам групи продовжити фразу: «У мене є багато цінних якостей. Одна з них - ...»

Колаж «Моє майбутнє».

Матеріали: білий аркуш формату А3; ножиці; фарби; олівці; клей; старі журнали; книжки; газети; старі фотографії.

Інструкція:

- Сядьте зручно. Закрийте очі. Уявіть, яким ви хочете бачити своє майбутнє.

- Яким ви уявляєте своє життя? Яскравим, насиченом різними подіями, динамічним? Або спокійним, розміреним, стабільною? Які події ви хочете побачити в своєму майбутньому?

- Побудьте в цьому стані. Відчуйте.

- А тепер відкрийте очі. Візьміть журнали, картинки, газети. Розгляньте їх. Виберіть ті картинки, які вам подобаються. Будь-які. Все, що вам до душі. Зверніть увагу на заголовки або написи. Можливо, серед них є слова, які вам відгукуються.

- Коли відчуєте, що картинок досить, починайте вирізати. Те ж саме виконайте з написами і заголовками.

По закінченню роботи, психолог просить відповісти на питання: «Що Ви бачите в створеному колажі?»

Рефлексія

Чи було цікавим для вас сьогоднішнє заняття?

Що сподобалося вам більше?

Що нового дізналися ви дізналися про себе?

З яким настроєм ви йдете?

Вправа «Я тобі вдячний ...»

Учасникам пропонується попрощатися один з одним з наступними фразами: «Я тобі вдячний за те, що ...»

ЗАНЯТТЯ 9 (Робота з папіром)

Вступна частина

Сьогодні ми завершуємо роботу по нашій програмі. Це наше останнє заняття, яке ми присвятимо такому приємного відчуття, як відчуття щастя.

Вправа "Будь щасливий"

Психолог просить всіх учасників побажати щастя тому, хто виходить в центр кола. Учасник, який стоїть в центрі дякує всім за теплі побажання.

Вправа «Виготовлення Дерева щастя»

Психолог задає питання:

Яка, на вашу думку, щаслива людина?

Що потрібно для щастя?

Обговорення.

Психолог пропонує всім учасникам створити дерево щастя.

Матеріали: газета, серветки, заготовлений раніше стакан з алебастром і палкою, клей, стіплер, ножиці, декоративна стрічка і намистинки.

Необхідно зробити кулю для топіарія і для цього знадобитися газета. Куля обмотується ниткою. Наступний крок - закріплення шара на стовбурі. Далі необхідно зробити заготовки для топіарія, і для цього необхідна серветка. Серветку необхідно двічі згорнути і по другій лінії згину розрізаємо. Кожна частина посередині скріплюється стиплером, з заготовки вирізаємо коло. З заготовки формується квітка. Далі обмотується стовбур топіарія стрічкою. Після чого куля обклеюється квітами без просвітів.

Кому б ви хотіли подарувати такий топіарій?

Вправа «Дерево щастя»

Ведучий пропонує кожному учаснику закрити очі, прислухатися до шуму дерев і відчути, побачити, що «дерево щастя» дарує вам свої подарунки на пам'ять про наші заняття:

Що це були за подарунки?

Чому саме цей подарунок ви отримали?

Рефлексія

Чи були цікавими для вас наші заняття?

Що найбільше вам сподобалося?

Які почуття ви відчували протягом всієї програми?

Чи виправдалися ваші очікування?

З яким настроєм ви йдете?