

Дженіс Лоббан

АРТТЕРАПІЯ ДЛЯ ВІЙСЬКОВИХ ВЕТЕРАНІВ

ТРАВМА ТА ОБРАЗ



MINISTRY OF THE INTERIOR
OF THE CZECH REPUBLIC

NI^MH NATIONAL INSTITUTE
OF MENTAL HEALTH


Federation Global
Initiative on Psychiatry


VMHCE

Арттерапія для військових ветеранів. Травма та образ

«Арттерапія для військових ветеранів: травма та образ» забезпечує комплексну основу для розуміння та застосування арттерапії у реабілітації колишніх і діючих військовослужбовців, що мають посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Ця книга об'єднує в одному томі доробки досвідчених авторів, які містять інформацію, необхідну для тих, хто прагне зрозуміти нюанси роботи в цьому контексті.

Останніми роками все більше уваги надається арттерапії як багатообіцяючому лікуванню ветеранів із ПТСР. Ця нова книга містить життєво важливу базову інформацію про посттравматичний стресовий розлад, військову культуру та забезпечення психічного здоров'я, а також ефективну робочу модель арттерапії. Текст досліджує її креативне переплетіння з іншими дисциплінами в різних умовах і включає розповіді самих ветеранів щодо ролі арттерапії в їхньому відновленні. Ця загальнодоступна книга є своєчасною відповіддю на зростаюче визнання цінності арттерапії для реабілітації ветеранів з ветеранами, а також розглядає питання, що стосуються ширших кіл людей, чиє життя зазнало згубного впливу травм.

Завдяки розділам під авторством провідних фахівців у цій царині *«Арттерапія для військових ветеранів: травма та образ»* буде цікавою для всіх арттерапевтів і спеціалістів із психічного здоров'я, які працюють з травмованими ветеранами.

Дженіс Лоббан — старша артпсихотерапевтка у Combat Stress. Вона спеціалізується на військовій травмі понад 16 років і читає лекції з цього предмета в Лондоні, Стокгольмі, Амстердамі, Санкт-Петербурзі та Нью-Йорку.

Арттерапія для військових ветеранів

Травма та образ

Редактор — Дженіс Лоббан

Вперше опубліковано у 2018 році
від Routledge
2 Park Square, Milton Park, Abingdon, Oxon OX14 4RN

і Routledge
711 Third Avenue, New York, NY 10017

Routledge є імпринтом Taylor & Francis Group, інформаційного бізнесу

© 2018 вибір і редакційні питання, Дженіс Лоббан

Право редактора бути ідентифікованим як автор редакційного матеріалу, а також авторів для їхніх окремих розділів, було заявлено відповідно до розділів 77 і 78 Закону про авторське право, зразки та патенти 1988 р.

Всі права захищені. Жодна частина цієї книги не може бути передрукована, відтворена або використана в будь-якому іншому формі або будь-якими електронними, механічними чи іншими засобами, відомими зараз або винайденими пізніше, включаючи фотокопіювання та запис, або в будь-якій системі зберігання чи пошуку інформації, без письмового дозволу видавців.

Повідомлення про торговельну марку: назви продуктів або компаній можуть бути торговими марками або зареєстрованими торговими марками, і використовуються лише для ідентифікації та пояснення без наміру порушити права.

Каталожний запис цієї книги доступний у Британській бібліотеці

Автори

Names: Lobban, Janice, editor.

Title: Art therapy with military veterans : trauma and the image /
edited by Janice Lobban.

Опис: 1st edition. | Milton Park, Abingdon, Oxon ; New York, NY :
Routledge, 2018. | Includes index.

Ідентифікатори:

LCCN 2017023468 (print) | LCCN 2017024661 (ebook) |
ISBN 9781315564197 (ebook) | ISBN 9781317189787 (ebook) |
ISBN 9781317189770 (ebook) | ISBN 9781317189763 (ebook) |
ISBN 9781138654549 (hbk) | ISBN 9781138654556 (pbk) | ISBN 9781315564197 (ebk)

Subjects: LCSH: Post-traumatic stress disorder—Treatment. | Art therapy. | Veterans.

Classification: LCC RC552.P67 (ebook) | LCC RC552.P67 A78 2018 (print) |

DDC 616.89/1656008697—dc23

LC record available at <https://lccn.loc.gov/2017023468>

ISBN: 978-1-138-65454-9 (hbk)

ISBN: 978-1-138-65455-6 (pbk)

ISBN: 978-1-315-56419-7 (ebk)

Typeset in Times New Roman

by Out of House Publishing

Переклад з англійської: Галина Полякова

© 2025 Федерація «Глобальна ініціатива в психіатрії» (FGIP)

Опубліковано у співпраці з Міністерством внутрішніх справ Чеської Республіки,
Національним інститутом психічного здоров'я Чеської Республіки та Центром психічного
здоров'я ветеранів та їхніх родин (VMHCE), Україна.

Ця книга присвячена всім ветеранам, які зазнали психологічних травм під час військової служби. Зокрема, тим, хто у прагненні душевного спокою, звертався за допомогою до Combat Stress протягом тривалого часу діяльності.

Зміст

Перелік малюнків
Перелік плиток
Передмова
Доктор Вел Г'юїт
Дописувачі
Слово вдячності

Вступ	1
ДЖЕНІС ЛОББАН	

ЧАСТИНА I

Арттерапія і посттравматичний стресовий розлад	7
---	----------

1 Розробка та застосування арттерапії для ветеранів військової служби	9
ДЖЕНІС ЛОББАН	

2 Історія армійського резервіста	27
КЛЕМЕНТ БОЛАНД	

3 Біологічні основи посттравматичного стресового розладу та відновлення	45
КЕТІ КРАВІТС	

ЧАСТИНА II

Британські збройні сили	63
--------------------------------	-----------

4 Лікування психічного здоров'я діючих військовослужбовців Великої Британії	65
ДЖЕЙМІ ГАКЕР ГЬЮЗ	

5	Вплив військової культури на психічне здоров'я та пошук допомоги	76
	ВОЛТЕР Б'ЮСУТТІЛ	
6	Повернення додому	93
	РОБЕРТ БІБЕР, МАЙКЛ СТЕРБАНД І КРІСТІН СТЕРБА	
ЧАСТИНА III		
	Сучасні підходи до арттерапії у реабілітації ветеранів Великої Британії	107
7	Модель адаптивної арттерапії для роботи з травмованими ветеранами	109
	ДЖЕНІС ЛОББАН, КІРСТІ МАККЕЙ, МАРК РЕДГРЕЙВ І САНДІЯ РАДЖАГОПАЛ	
8	Нерішучість, або Два розуми	133
	ДЖЕНІС ЛОББАН	
9	Травма і дисоціація	147
	РІЧАРД КІДЖЕЛЛ	
10	Обхід дозорного	159
	ДЖЕНІС ЛОББАН	
11	Дослідження та оцінка	174
	ЕЛІСОН СМІТ І ДЖЕНІС ЛОББАН	
ЧАСТИНА IV		
	Погляд з ширшої перспективи	187
12	Культурна співпраця	189
	ДЖЕНІС ЛОББАН І ЛІЗ ЕЛЛІС	
13	Мистецтво в дії: Артпроект у Combat	208
	ДЖОН ІНГЛЕНД, ТІМ МАРТІН І СТЮАРТ РОЗАМОНД	
14	Відновлення життя через мистецтво	222
	ДЕВІД МУРТАГ І ДЖЕНІС ЛОББАН	

Малюнки

Усі неопізнані зображення та ілюстрації створені ветеранами під час сеансів арттерапії.

1.1	«На межі можливого», Джон Неш (1918)	10
1.2	«Обстріл тилових районів: Куди він подівся?», Адріан Гілл (1918)	12
1.3	«Гідра» (грудень 1917), «Контузія» малюнок	14
1.4	«Кошмар»	14
2.1	«Мінотавр», Клемент Боланд	41
2.2	«Жінка і дитя», Клемент Боланд	42
6.1	Сцени у лікувальному центрі Тірвіт Хауз (1949)	96
6.2	«Десантники ховають своїх загиблих» (1982)	99
7.1	«Еволюція одужання»	118
7.2	«Трансформація»	119
7.3	«Розірвані зв'язки»	119
7.4	«Пояс з інструментами»	120
7.5	«Безпечне місце», Майк	122
7.6	«Сприйняття», Майк, передано Кірсті Маккей	123
7.7	«Рівновага», Майк, передано Кірсті Маккей	125
7.8	«Ресурси/Золоте серце», Майк	126
9.1	«Ліве і праве», Річард Кіджел	154
9.2	«Розум і тіло», Річард Кіджел	155
9.3	«Генерал», Річард Кіджел	156
9.4	«Мертве око», Річард Кіджел	157
10.1	«Коробка з булавками»	160
10.2	«Маска 1», Джон	163
10.3	«Маска 2», Джон	164
10.4	«Маска 1», Стів	164
10.5	«Маска 1», Брайан	165
10.6	«Маска 2», Брайан	166
10.7	«Внутрішній диверсант», Джон	168
10.8	«Мій розум», Роб	170
12.1	«Заморожений годинник»	198

12.2	«Зміна вітру»	201
12.3	«Лайтбокс»	201
13.1	Мистецький набір від проекту Combat Art	209
13.2	Декоративна чашка морпіха Конвея	214

Таблиця

7.1	Підбірка найвживаніших тем для арттерапевтичних сесій	117
-----	---	-----

Плитки

- 1.1 «Надія»
- 2.1 «Солдат-клон», Клемент Боланд
- 2.2 «Караван верблюдів», Клемент Боланд
- 7.1 «Рівновага/Зелена людина»
- 7.2 «Візерунки/Дерев'яне серце», Майк
- 7.3 «Візерунки/Дерев'яне серце», вірш Майка
- 8.1 «Минуле і сьогодні», Саймон
- 8.2 «Два розуми», Вік
- 8.3 «Погляд на відстані», Річард
- 9.1 «Дружній дракон Теффі», Річард Кіджелл
- 10.1 «Маска 2», Стів
- 10.2 Спільне зображення Йена та Дженіс Лоббан
- 12.1 «Всесвіт», Смудж
- 13.1 «Силует Land Rover на тлі заходу сонця», капітан Морган (ліворуч) і
Марін Лоурі (праворуч)
- 14.1 «Лебеді», Спайк
- 14.2 «Міський сад», Рон

Передмова

Останнім часом зростає усвідомлення руйнівного впливу посттравматичного стресового розладу (ПТСР) на життя ветеранів. Посилюється визнання того, що ПТСР впливає не лише на самих ветеранів, а й на їхні родини та друзів, а також розуміння, що надання належної допомоги в потрібний час може кардинально змінити життя багатьох людей. Через практичну роботу, дослідження і співпрацю з ветеранами клініцисти з різним професійним досвідом розробляють краще бачення того, які підходи та методи можуть дійсно допомогти у покращенні життя з ПТСР. Для мене велика честь написати передмову до цієї книги, адже вона пропонує найзворушливіші та вичерпні описи реальності життя з ПТСР і знайомить з передовим досвідом у цій сфері. З 2004 року я певною мірою була залучена до діяльності Combat Stress. Спочатку для організації груп підтримки персоналу, а з часом – як супервізор Джен Лоббан. Тому я відчуваю сильний зв'язок з її роботою та місією. Ветерани є основою цієї книги, оскільки зробили вагомий доробок в роботу, і це є однією з головних переваг цієї публікації. Ще одна її сильна сторона — це надзвичайний досвід, яким поділилися всі учасники, що свідчить про захоплення цією темою і глибоку відданість. Глави, в яких висвітлюються історичні, культурні та психосоціальні проблеми, окреслюючи водночас складні взаємодії між ними, сприяють глибшому розумінню цього питання. А глави про дослідження та партнерство жваво ілюструють бездоганну інноваційну практику.

Роль арттерапії у покращенні життя ветеранів є особливо животрепетною: іноді абсолютною неможливо віднайти слова для опису внутрішніх станів, особливо коли клієнти так добре навчені приховувати свої думки та почуття.

Важливо, що нові дослідження вказують на те, що травма та ПТСР часто присутні в житті пацієнтів закладів психічного здоров'я, яким помилково було встановлено інші діагнози. Отже, у цій книзі розглядаються питання, актуальні не лише для ветеранів з ПТСР, але й для значно більшої групи людей, чие життя також піддавалося руйнівному впливу.

Арттерапія дає надію через відмінне практичне застосування, коли клієнт перебуває у центрі уваги й впевнений, що йому співчують і розуміють його прагнення полегшити свої страждання.

*Доктор Вел Х'юїт,
генеральний директор Британської асоціації арттерапевтів*

Дописувачі

Роберт Бібер, MBE, MA, запрошений науковий співробітник Департаменту дослідження війни в Королівському коледжі в Лондоні та віце-президентом Combat Stress.

Клемент Боланд, раніше резервіст територіальної армії, мобілізований до регулярної армії як піхотинець, тепер студент мистецтва та дизайну.

Доктор Волтер Б'юсuttіл, MBChB MPhil MRCGP FRCPsych. Консультуючий психіатр і медичний директор Combat Stress.

Ліз Елліс, BA (Hons), MA, MA, RMN. Радниця з питань у сфері політики громад та різноманітності у Heritage Lottery Fund, Велика Британія, де вона очолює просування інклюзивної практики в секторі спадщини. Як Куратор Просвіти у громаді при Tate Modern у 2006–2014, Ліз очолювала керувала високоякісними проектами на місцевому, національному та міжнародному рівнях.

Джон Інгланд, художник, досліджує історичну спадщину.

Професор Джеймі Гакер Гьюз, BSc(Hons), DipClinPsychol, магістр філософії (Cantab), MSc, PsychD, CPsychol, CSci, FBPSS, FRSM, FAcSS, клінічний психолог, клінічний нейропсихолог, психотерапевт та вчений. Колишній старший лектор у клініці Королівського коледжу в Лондоні, керівник відділу захисної клінічної психології та консультант з питань захисту, радник Очільника медичної служби Збройних Сил. Співзасновник Інституту ветеранів та сімей і Дослідницького центру ветеранів в Єнглія Раскін Університеті. Запрошений професором в університетах Єнглія Раскін, Хартфордшира та Нортумбрії, Почесний професор Московського державного університету та колишній Президент Британського психологічного товариства.

Річард Кіджелл, IEng, MIET, головний системний інженер у відставці.

Кеті Кравітс, MA, RN, HNB-BC, LPC, NCC, ATR-BC, MA, RN, HNB- BC, LPC, NCC, ATR- BC, Старша дослідниця Комплексного онкологічного центру City of Hope, Дуарте, Каліфорнія, США.

Дженіс Лоббан, BA(Hons), PG Dip. AT, BAAT, HCPC reg., PG Сертифікат з методів дослідження, Сертифікат з вивчення травми, Сертифікат з дисоціативної психотерапії та EMDR терапії. Старший арт психотерапевт у Combat Stress, супервізор, лектор BAAT з основного курсу та приватної практики.

Кірсті Маккей, MSc, BAAT & HCPC reg. художниця і артпсихотерапевтка у Combat Stress.

Тім Мартін, незалежний художник/куратор.

Девід Муртаг, BSc(Hons), MSc (War and Psychiatry), BAOT. Провідний Ерготерапевт, колишній співробітник у Combat Stress. Тепер працює у тюремному відомстві HM Prison Service у Барнеті і Енфілді, а також у Mental Health NHS Trust у Харінгеї.

Сандія Раджагопал, HCPC reg. Арт-психотерапевтка. Працює у Бірмінгемі та Mental Health NHS Foundation Trust у Соліхаллі.

Марк Редгрейв, BA (Hons), MSc, BAAT, MBACP & HCPC reg. Арт-психотерапевт у Combat Stress, також займається приватною практикою.

Стюарт Розамонд, колишній керівник відділу вищої освіти з образотворчого мистецтва, Університет у Плімуті

Елісон Сміт, BA (Hons), BSc (Hons), MSc, RN (Mental Health), Керівник польових досліджень у сфері психічного здоров'я, Школа наук про здоров'я, Університет у Сурреї.

Крістін Стерба, RGN. Відставна армійська медсестра (C344), працівник Червоного Хреста (Гонконг), колишній член Опікунської Ради Combat Stress.

Майкл Стерба, професійний військовий медик з 26-річним досвідом, колишній фермер, голова Staple Branch TRBL, захисник старовинних будівель.

Слово подяки

Ця книга — міждисциплінарний багатогранний проєкт. Можливість координувати цю роботу стала для мене надзвичайним привілеєм. Я дякую всім, хто до неї долучився, хто поділився своїми надихаючими ідеями і своїм досвідом. Особлива подяка ветеранам-учасникам, які дозволили використати свої історії та зображення для пояснення процесу арттерапії і втілення його в життя.

Я щиро вдячна моїй доньці Розмарі Лоббан, яка відіграла ключову роль у створенні цього видання. Її досвід є неоцінним. Моя вдячність також Тому Дженкінсу за його допомогу в редагуванні зображень.

Ми всі є частиною ширших систем, і я визнаю вплив моєї родини, у минулому і сьогодні, в мотивації та розвитку книги. По-перше, я ціную постійне щире заохочення та практичну підтримку з боку мого чоловіка Енді Лоббана, а також насагу від наших синів Тома і Алекса. По-друге, безперечно, на мій інтерес до військового контексту вплинув сімейний досвід. Річ у тім, що мої дідусь, батько, дядьки та племінники служили в британській армії, Королівському флоті та Королівських ВПС, і брали участь у великих кампаніях останнього століття. Я зберігаю деякі їхні медалі, матеріальні символи особистих історій тих, кого вже немає серед нас. Крім того, я також в боргу перед тими, хто нерозривно пов'язаний з цими розповідями, хоча вони не носили уніформи — жінки, які згуртували мою родину на домашньому фронті. Так само цей текст представляє безмовні розповіді багатьох інших людей.

Вступ

Дженіс Лоббан

Я подзвонила у двері великого вікторіанського замиського будинку. Це було 11 вересня 2001 року, і я прийшла на співбесіду до благодійної організації з надання послуг у підтримці психічного здоров'я у Сурреї (Surrey), де хотіла отримати роботу. Після того дня світ мав змінитися, адже члени бойовничої ісламістської групи Аль-Каїда під керівництвом Усами бін Ладена вчинили теракти смертників у США, внаслідок яких загинуло майже 3000 осіб. Це була атака викраденими літаками веж-близнюків Всесвітнього Торговельного Центру у Нью-Йорку. Психологічних наслідків зазнали всі народи в усьому світі, навіть ті, хто безпосередньо не був причетний до події. Уряд США відповів на напади, розпочавши «війну з терором», можливі наслідки якої суттєво вплинули на благодійну організацію для колишніх військових Combat Stress.

Двері мені відчинив ветеран і привітно запросив увійти. Я опинилася у зручному фойє з п'ятьма ветеранами, які читали газети або просто сиділи. Вони цікавилися, навіщо я туди прийшла, і м'яко мене підколювали. Це було так знайомо і нагадало мені батька і дядьків, які всі воювали у Другій світовій війні, але ніколи про це не говорили.

Я сиділа у зручному кріслі з привітними та цікавими чоловіками і чекала, коли мене запросять на співбесіду. Тоді мені й на думку не спадало, що і через 16 років я все ще працюватиму там. Так склалося, що я примудрилася дуже вчасно навідатися до цієї організації й відчувти кінець епохи. Ще мала відбутися Друга війна в Перській затоці в Іраку, яка включала Британську військову операцію «Тілік» (Telic) і Британську операцію «Херрик» (Herrick) в Афганістані. Згодом я дізналася, що троє з п'яти ветеранів, яких я зустріла у приймальні того дня, перебували в полоні на Далекому Сході під час Другої Світової війни, і їх дуже поважали інші ветерани. Дещо пізніше мені пощастило досліджувати їхній досвід разом із ними через образи арттерапії.

Коли того дня мене ознайомили з приміщеннями організації, я помітила старі фотографії ветеранів, які брали участь у реабілітації, і портрети королівського патрона та благодійників. Я відчула, що це не просто історія організації, я ніби торкнулася чогось набагато ширшого та захоплюючого.

За кілька днів мені запропонували роботу і я погодилася. Combat Stress раніше не наймав арттерапевтів, тому це був новий крок для обох сторін. Я читала про ПТСР, але спеціальної літератури з арттерапії було мало, тож багато чого я дізналася, зазирнувши за межі лікування наслідків травми. Знання, що я отримала за попередні роки роботи як арттерапевтка, неможливо було просто перенести у цей новий контекст. Необхідно було зануритися в розуміння військової культури. Здебільшого я згадую у той період підбадьорливу підтримку колег і бажання ветеранів «дати шанс арттерапії».

Відповідальність за ветеранів, які отримали фізичні чи психологічні травми під час служби, несе Національна служба охорони здоров'я (National Health Service — NHS). Наразі NHS зазвичай не застосовує арттерапію для ветеранів через спеціалізовані служби психічного здоров'я. Отже, арттерапевтичний підхід, запропонований у цьому виданні, базується на моделі, розробленій у Combat Stress. Останніми роками кількість постраждалих в ході бойових дій зросла через участь Великобританії в конфліктах в Іраку та Афганістані. Тож, ймовірно, з часом багато незалежних лікарів та їхніх колег з NHS, до яких за направленням звертатимуться ветерани, будуть змушені шукати літературу, щоб дати раду таким випадкам. Тому мета цієї книги полягає в тому, щоб зібрати в одному томі важливу інформацію для тих, хто прагне зрозуміти складність роботи з травмованими ветеранами. Головна ціль — ознайомити фахівців з унікальними результатами застосування арттерапії у лікуванні військових ветеранів і надати клініцистам ефективну робочу модель.

Як професія арттерапія ґрунтується на регенеративних процесах після Другої Світової війни. Щоб визначити контекст, перший розділ книги містить огляд розвитку та практичного застосування арттерапії в межах військової реабілітації, а також пояснює теоретичні нейронаукові засади, які обумовлюють ПТСР. Можливі наслідки прослуховування історій про війну та концепція вторинної травматизації також вивчалися як складова в цьому контексті.

Ветерани відіграли ключову роль у створенні книги. Є два розділи, написані ними про їхній досвід ПТСР та значення, яке мала арттерапія під час їхнього одужання. Також є два розділи, які ветерани написали у співпраці з іншими учасниками.

Розділ 2, що написав ветеран Клемент Боланд (Clement Boland), дає безцінне уявлення про його досвід бойової травми як солдата резерву армії. Армійські резерви «походять з усіх верств суспільства і лише частково зайняті в Британській Армії разом із штатними солдатами» ('The Army Reserve', 2016). Останні дослідження у Великій Британії показують, що «після розгортання резервісти частіше страждають від ймовірного ПТСР і психологічного стресу, ніж регулярні сили» (Hunt, Wessely, Jones, Rona & Greenberg, 2014, p. 10). Зважаючи на поточні плани уряду скоротити кількість штатних солдатів і збільшити кількість резервістів (Edmunds, Dawes, Higate, Jenkins & Woodward, 2016), працівникам служб психічного здоров'я

важливо знати їхні особливі потреби, щоб забезпечити відповідне лікування та підтримку, коли вона знадобиться.

Наступний розділ, написаний Кеті Кравітс (Кеті Кравітс), містить розповідь про досвід пережитого стресу ветерана Клементя Боланда. Тут пояснюється, які біологічні механізми лежать в основі стресу і чим відрізняється ПТСР від адаптивної реакції на стрес. Також у цьому розділі представлено нещодавно розроблену модель, яка об'єднує концепції гомеостазу, алостазу та стресу, і сучасні погляди на ПТСР. Розглянуто роль, яку арттерапія може відігравати у відновленні після ПТСР, спираючись на ідеї нейронауки та теорії прив'язаності.

Частина II книги присвячена наданню довідкової інформації про британські збройні сили (British Armed Forces) для поглиблення необхідного розуміння цієї теми. Професор Джеймі Гакер Г'юз (Jamie Hacker Hughes) надає читачам необхідні знання щодо забезпечення психічного здоров'я у Великобританії під час військової служби. Починаючи з історичного огляду, розділ розповідає про те, як служби еволюціонували до сучасного рівня надання послуг. Далі надається опис дослідження «Вплив військової культури на психічне здоров'я та пошук допомоги» (Military culture effects on mental health and help-seeking'), проведеного доктором Волтером Б'юсюттілом (Walter Busuttill), медичним директором у Combat Stress. Дослідження охоплює низку впливових факторів, включаючи унікальність військового населення, психологічний вплив військової підготовки та моральну травму.

Частина II завершується розділом «Повернення додому». Військовий історик Роберт Бібер (Robert Bieber) надає коротку оповідь про перші роки Combat Stress з моменту її заснування 1919 року у відповідь на тяжке становище травмованих ветеранів, демобілізованих після Першої світової війни.

Далі йдуть особисті розповіді, написані ветераном Фолклендської війни Майклом Стерба (Michael Sterba) та його дружиною Крістін Стерба (Christine Sterba), які дозволяють читачам зазирнути вглиб процесу поранення та відновлення, а також про його вплив на сім'ю.

Заклавши контекстну основу, Частина III зосереджується на сучасних підходах до арттерапії ветеранів і наводить конкретні випадки, ілюструючи процеси в дії. Вона починається з розділу, написаного командою арттерапевтів Combat Stress: Дженіс Лоббан, Кірсті Маккей, Марк Редгрейв і Сандія Раджаропал (Janice Lobban, Kirsty Mackay, Mark Redgrave and Sandya Rajagopal), з детальним описом адаптивної моделі арттерапії, яка використовується в усіх програмах короткострокового перебування в стаціонарі в усіх трьох лікувальних центрах Великобританії. Обговорюється поетапний тематичний підхід, окреслюється «інструментарій» методів арттерапії, а також пропонується, що саме можна інтегрувати з усталених доказових підходів для допомоги в лікуванні.

У Розділах 8, 9 і 10 розглядаються конкретні аспекти арттерапії для ветеранів. «Два розуми» досліджує психологічні розбіжності та дисгармонію, які виявляються за допомогою образів арттерапії. Розглядаються різні підходи

до розуміння, включно із впливом дисоціативних процесів, способом збереження спогадів про травми та впливом військової культури.

Далі ветеран Річард Кіджелл (Richard Kidgell) пише про «Травму та дисоціацію: погляд зсередини», описуючи свій дисоціативний досвід і те, як арттерапія допомагає реінтегрувати травмовані аспекти його особистості назад у повне самовідчуття. Через безпосередній досвід порівнюються переваги, отримані від арттерапії, з результатами розмовної терапії.

У наступному Розділі «Оминаючи вартового» обговорюється пілотне амбулаторне лікування, спрямоване на дослідження ролі арттерапії при подоланні несприйняття участі у лікуванні, а натомість — залучення до процесу. Чутливий психологічний вартовий, який завжди насторожі та керований сприйняттям загрози, може стати суттєвою перешкодою для прогресу, запобігаючи доступ до матеріалу, необхідного для розвитку та відновлення. Результати дослідження свідчать про те, що за допомогою символічного вираження учасники змогли «обманути» власні захисні механізми, змусивши їх виявити суть свого внутрішнього конфлікту. Це дозволило їм використати отримані інсайти для перегляду власних уявлень та почати сприймати свій внутрішній досвід з нових точок зору.

На завершення цього розділу книги «Дослідження та оцінка» Елісон Сміт і Дженіс Лоббан (Alison Smith and Janice Lobban) підкреслюють можливість творчого дослідницького партнерства, за допомогою якого різні теоретичні позиції здатні збагатити спільні розвідки. Надається огляд наукових статей про проведення арттерапії для ветеранів. Доведені переваги арттерапії та надано рекомендації для подальших досліджень.

Остання частина книги, Частина IV, побудована на ідеї партнерства і розглядає ширшу перспективу позитивних здобутків від створення та споглядання мистецьких творів. «Культурна співпраця», написана Дженіс Лоббан і Ліз Елліс, виходить за стіни кімнати арттерапії заради роботи з колегами з інших дисциплін і в різних середовищах. Обговорюючи довготривалу співпрацю між Combat Stress і галереєю Тейт Модерн (Tate Modern), автори досліджують задачі й здобутки лікування та торкаються ширшого кола, працюючих з музеями та галереями. Цей розділ також містить обговорення пілотного короткострокового курсу арттерапії в умовах стаціонару, де є художня майстерня, і у громадських місцях, де було організовано три виставки з експонатами творів арттерапії.

У Розділі 13 Джон Інгланд, Тім Мартін і Стюарт Розамонд (Jon England, Tim Martin and Stuart Rosamond) обговорюють «Проект бойового мистецтва» (Combat Art Project⁷). 2013 року, коли військовослужбовці 40-ї бригади Командос Королівської морської піхоти (40 Commando Royal Marines) відбували з фінальною місією в Афганістан, з метою підтримки їхнього емоційного стану їм було передано 500 наборів для художньої творчості. Сподівалися, що вироби мистецтва мають потенціал упередження, і відтак набуття та обробка досвіду матимуть позитивний вплив на подальші наслідки. Проект забезпечив новий погляд на «воєнне мистецтво», кінцевою

метою якого було включення такого ресурсу до категорії «стандарт» для всіх військовослужбовців.

Останній розділ створений Девідом Муртагом і Дженіс Лоббан (David Murtagh and Janice Lobban). У співпраці з двома ветеранами тут описується роль мистецтва в їхньому житті як частина відновлення від ПТСР. Автори віддають данину цілющим властивостям мистецтва і на моделі посттравматичного розвитку досліджують, як ветерани відновлюють своє життя після травми через мистецтво.

Зараз, стоячи в кімнаті арттерапії в Тірвіт Хауз (Tytwitt House) і дивлячись через двері на патіо, я можу побачити контури колишніх земельних робіт, що сховані під поверхнею газону: сад, який раніше забезпечував свіжими продуктами, та місце, де ветерани доглядали свиней (Мал. 6.1). Отже, функції простору змінюються в міру розвитку вимог. Протягом цього століття відбувся перехід від посиленого догляду, який пропонується ветеранам, до науково обгрунтованого психологічного лікування. Кількість звернень до Combat Stress зросла на 71% в період між 2010/2011 та 2015/2016 роками ('Combat Stress sees 71% increase in referrals', 2016). Щоб задовольняти потреби, необхідно й надалі розвивати цю організацію. Деякі з тих чоловіків і жінок, які зараз приходять на арттерапію, достатньо молоді, щоб бути правнуками тих ветеранів, які вітали мене, коли я вперше ступила на поріг Combat Stress, але їхні історії перегукуються. Ця книга є продуктом тих історій.

References

- The Army Reserve (2016). Retrieved from www.army.mod.uk/reserve/31781.aspx.
- Combat Stress sees 71% increase in referrals (2016, 9 September). Retrieved from www.combatstress.org.uk/news/2016/09/combat-stress-sees-71-increase-in-referrals/.
- Edmunds, T., Dawes, A., Higate, P., Jenkins, K. N. & Woodward, R. (2016). Reserve forces and the transformation of British military organisation: soldiers, citizens and society. *Defence Studies*, 16(2), 118–136.
- Hunt, E. J. F., Wessely, S., Jones, N., Rona, R. J. & Greenberg, N. (2014). The mental health of the UK Armed Forces: where facts meet fiction. *European Journal of Psychotraumatology*, 5. Retrieved from www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4138705/pdf/EJPT-5-23617.pdf.

Арттерапія і посттравматичний стресовий розлад

Розробка та застосування арттерапії для ветеранів військової служби

Дженіс Лоббан

Вступ

Арттерапія бере свій початок у роки відродження після Другої світової війни. Відтоді ця професія процвітала, поширюючись на різні контексти. Починаючи з витоків арттерапії у Великій Британії, цей розділ розповідає про гілку її еволюції, пов'язану зі збройними силами, аж до сучасного стану. Приділяється увага використанню мистецтва як частини реабілітації у військових госпіталях, а також встановлюється зв'язок із розвитком арттерапії в британській благодійній організації психічного здоров'я ветеранів Combat Stress.

Наразі Combat Stress є основним закладом, що застосовує арттерапію нарівні з іншими спеціалізованими службами для ветеранів. Вважається, що спогади і ритуали відіграють важливу роль у відновленні та відкривають очі широкій громадськості на жертви, принесені військовими в ході їхньої служби. Відтак, в центрі уваги перебувають арттерапевти, що працюють з травмами, а також здобутки та труднощі в цьому контексті.

Як важка складова роботи з цією групою клієнтів в книзі також розглядаються можливий позитивний вплив розповідей про війну, концепція опосередкованої травматизації та ймовірність упередженого ставлення до військових.

Від мистецтва війни до лікування мистецтвом

Страшенно холодного ранку 30 грудня 1917 року 1-ий Стрілецький полк художників (1st Artists Rifles) отримав наказ просуватися до Велш-Рідж, Маркоінг у напрямку Камбре, для контратаки. З 80 чоловіків одного з підрозділів 68 незабаром були вбиті шквальним кулеметним вогнем. Одним із 12 виживших був Джон Неш, який за кілька місяців відобразив ці події на офіційно замовленій картині *«На межі можливого»* (Over the Top) (Мал. 1.1). Виснажений підрозділ було відкликано з місця відпочинку на



Малюнок 1.1 «На межі можливого», Джон Неш (1918)

лінії підтримки, і після прибуття на лінію фронту йому довелося розпочати поспішну контратаку з трагічними наслідками. Це незвичайна картина, оскільки на ній зображена реальна подія (Clark, 2014).

Шокує уразливість згорблених солдатів, які йдуть на межі своїх можливостей, йдуть вперед під ворожим вогнем. Вони чітко виділяються на білизнах снігу без щитів чи броні для захисту, лише «олов'яні капелюхи». Їхня зброя не піднята для пострілу, а один солдат навіть несе гвинтівку на плечі. Кілька військових вже вбито. Один солдат ледве виліз з окопу і стоїть навколішки, а його каска лежить перед ним на землі. Його товариші просуваються вперед і не звертають уваги на тих, хто падає поруч. Ця картина — жахливе нагадування про великі втрати з обох сторін, загибель людей і неминучі наслідки для сімей і громад.

Те, що мало стати Стрілецьким полком художників (Artists Rifles Regiment), було створено 1860 року як частину Добровольчого корпусу (Volunteer Corps). Спершу їх розквартирували в Королівській академії у Берлінгтон Гауз (Royal Academy, Burlington House). Серед засновників корпусу були художники Дж. Ф. Воттс, Джон Еверетт Мілле, Вільям Голман Гант, Едвард Берн-Джонс і Вільям Морріс (G. F. Watts, John Everett Millais, William Holman Hunt, Edward Burne-Jones and William Morris). Фредерік

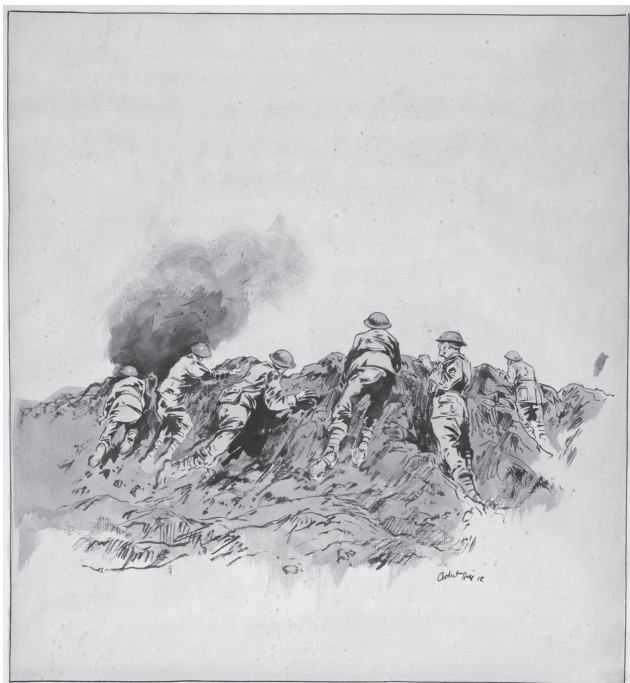
Лейтон (Frederick Leighton) був одним із перших командирів, а Джон Раскін (John Ruskin) — почесним членом. Volunteer Corps був створений у 1859 році у відповідь на загрозу французького вторгнення. Спочатку здавалося, що Artists Rifles мають радше соціальну функцію, ніж військову. Проте до 1914 року полк став офіцерським навчальним корпусом, а його членство розширилося на представників багатьох інших професій. Серед митців, які служили в полку під час Великої війни 1914–1918 років, були Пол Неш (Paul Nash), скульптор Френк Добсон (Frank Dobson), поет Вілфред Оуен (Wilfred Owen) та драматург Р. К. Шерріфф (R. C. Sherriff).

Artists Rifles було розпущено в 1945 році, згодом, 1947-го, реформовано, і наразі він є частиною Резерву Спеціальної Повітряної Служби (Special Air Service Reserves) (Christiansen, 2014; 'Unit history: 21 Artist Rifles', n.d.).

І Джон Неш, і його старший брат Пол були призначені офіційними військовими художниками. Могутні полотна Пола Неша, пейзажі спустошень на полях битв, стали знаковими для своєї епохи. У 1916 році Бюро військової пропаганди Британського уряду (The British government's War Propaganda Bureau) вперше запустило програму військового художника. До 1917 року повноваження змінилися з пропаганди на запис і увічнення подій. Того року було створено Імперський військовий музей (The Imperial War Museum — IWM), і Департамент інформації (Department of Information) доручив йому документувати війну. Музей також залучив власних військових художників, першим з яких був Адріан Гілл (Smalley, 2016).

Адріан Гілл вступив до Artists Rifles у листопаді 1914-го, і це здавалося природним вибором, адже на той час він студіював мистецтво. Але згодом під впливом брата перевівся до Почесної артилерійської роти (Honourable Artillery Company). (Hill, 1975). Під час служби на Західному фронті він часто виходив на «нічию землю», територію між протиборчими силами, з розвідувальною місією: Гілл робив замальовки ворожих позицій. Пізніше, між 1917 і 1919 роками, як офіційний військовий художник пером і тушшю він створив 180 малюнків війська та оточення, що зберігаються в IWM в Лондоні (Gough, 2010). Один із малюнків Адріана Гілла «Обстріл тилових районів» (Shelling Back Areas) має підзаголовок «Куди він подівся?» (Where Did That One Go?), що натякає на популярну на той час пісню (Мал.1.2). На малюнку зображено шістьох солдатів, які нахилилися через невисокий напівзруйнований бруствер і дивляться в напрямку вибуху. Все свідчить про хаотичність обстрілу та відсутність укриття, а відтак і про уразливість солдатів. Проте підзаголовок все ж натякає на те, що гумор приглушує відчуття загрози. Це й донині резонує з бойовим гумором.

Після закінчення війни, як і всі інші, Гілл намагався владнати своє життя. До війни, з 1912-го по 1914 рік, він вивчав мистецтво в художній школі Сент-Джонс Вуд (St John's Wood Art School), тож вирішив завершити навчання в Королівському коледжі мистецтв (Royal College of Art) у 1919–1920 роках. Надалі займався живописом і викладанням. У 1938 році Адріан захворів на туберкульоз легенів і лікувався в госпіталі короля



Малюнок 1.2 «Обстріл тилових районів: Куди він подівся?»,
Адріан Гілл (1918)

Едуарда VII у Мідгерсті (King Edward VII Hospital, Midhurst) (Hogan, 2001; Waller, 1991).

Саме в цей момент, після пережитої Першої світової війни і на порозі Другої світової, на арену вийшла концепція арттерапії. І саме Адріана Гілла вважають автором терміну «арттерапія». Мистецтво відіграло значну роль в одужанні Гілла від туберкульозу. Завдяки безцінним архівам IWM можна послухати власну оповідь ветерана про його військовий досвід та про роль мистецтва в його одужанні від туберкульозу. Гілл називає себе людиною, яка «відпочивала попри своє небажання», і через цей примусовий відпочинок він відчував себе «ухилиянтом» (Hill, 1975, Reel 5). Прикутий до ліжка, Адріан малював предмети навколо себе і, здавалося, торкався чогось такого цінного, що бажав поділитися ним з іншими, з тими, хто не хворів.

Коли Гілл перейшов в розряд амбулаторних пацієнтів і йому дозволили ходити, він звернув свою увагу на інших пацієнтів і залюбки заохочував їх до малювання. З 1941 року до госпіталю короля Едуарда VII почали доставляти поранених, і Гілла запросили долучитися до їхнього лікування. Він не розглядав арттерапію як щось відволікаюче чи розважальне, натомість сприймав це як спосіб дістатися до джерела їхніх труднощів (Hogan, 2001).

Хілл став невтомним пропагандистом арттерапії. Благотворна дія мистецтва проявляється не лише у створенні мистецького витвору, але й у спогляданні чи вивченні. Він читав пацієнтам лекції про мистецтво, використовуючи роздруковки. Це перегукується зі спостереженнями піонерки медсестринства Флоренс Найтінгейл (Florence Nightingale) у попередньому столітті. У своїх «Записках про медсестринство» (Notes on Nursing) (1860) вона писала про сприятливий вплив кольору, форми й світла на зцілення тіла та духу. Вона заохочувала поступове використання гравюр, які розвішували біля лікарняного ліжка, щоб сприяти одужанню (BJN, 1946; Nightingale, 1860).

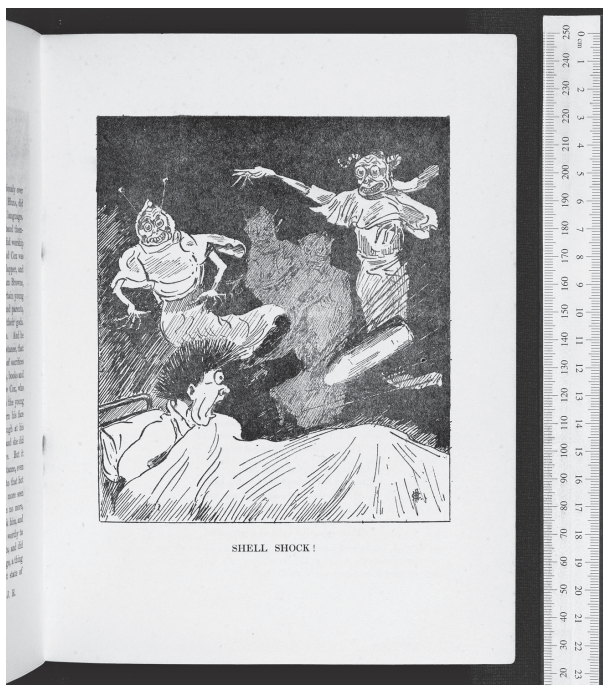
У 1945 році була опублікована книга Гілла «Мистецтво і Хвороба» (Art versus Illness). Здається, її добре сприйняли, тому що The British Journal of Nursing рекомендував, щоб «це було запроваджено у бібліотеках кожного санаторію та кожної лікарні» (BJN, 1946, p. 16).

Арттерапія пов'язана з рухом післявоєнної реабілітації (Waller & Gilroy, 1992). Гілл і його колеги-першопроходці, такі як Едвард Адамсон, відіграли ключову роль у створенні підвалин арттерапії у Великій Британії. І Гілл, і Адамсон взяли участь у створенні Бібліотеки Малюнків на теренах Британського Червоного Хреста (British Red Cross Picture Library). Вони розробили цілу схему, за якою в госпіталях читали лекції і супроводжували їх показом репродукцій витворів мистецтва. Про позитивний вплив їх перегляду мова йтиме у Розділі 12.

Від мистецької діяльності до арттерапії у військових госпіталях

Королівський військовий госпіталь Вікторії в Нетлі, Гемпшир (The Royal Victoria Military Hospital, Netley, Hampshire), був заснований 1856 року внаслідок Кримської війни. Він являв собою величезний заклад, неначе ціле місто, з власною газогенераторною станцією, в'язницею та водосховищем (Hoare, 2001). Тут знаходився перший притулок для військових, збудований 1870 року, через який пройшла половина тих, в кого під час Першої Світової війни було діагновано контузію. У розділі «Новини» преса змальовувала прояви воєнних неврозів у пацієнтів Нетлі та процес одужання (British Path é News, 1917, 1918). Пізніше, 1953-го, радикальний психіатр Р. Д. Лейнг (R.D. Laing), який працював у Netley після призову до британської армії в 1951 році, зауважив, що з його досвіду арттерапія була одним із доступних методів лікування, але подробиць не надав (Beveridge, 2011).

Величезна потреба у стаціонарному лікуванні та реабілітації через безпрецедентну кількість поранених під час Першої світової війни 1914–1918 років призвела до створення більшої кількості спеціалізованих військових госпіталів. Багато величезних будинків були реквізовані під тимчасові госпіталі. Військовий госпіталь Крейглокхарт, Единбург (Craiglockhart War Hospital, Edinburgh), раніше діяв як оздоровчий курортний заклад — Інститут гідропатії (Craiglockhart Hydropathic Institution), перш ніж стати психіатричною лікарнею для армійських офіцерів у період з 1916 по 1919 роки. Саме там



Малюнок 1.3 «Гідра» (грудень 1917), «Контужія» малюнок



Малюнок 1.4 «Кошмар»

психіатр і психоаналітик В. Х. Р. Ріверс (W. H. R. Rivers) вперше застосував розмовну терапію для лікування контузій та неврастенії. Можливо, двома найвідомішими пацієнтами закладу були поети Зігфрід Сассун і Вілфред Оуен (Siegfried Sassoon and Wilfred Owen). Тема контузії розглядається у Розділах 4 та 5 цієї книги.

Пацієнти Крейгкокхарта видавали журнал під назвою «Гідра» (The Hydra). В ньому містилися короткі оповідання, статті, реклама, вірші, репродукції та різні скетчі. Скетчі зазвичай сатиричні, проте видання за грудень 1917 року опублікувало вражаюче зображення «Контузія» (Shell Shock) (Мал. 1.3). На ньому зображено людину, яка зненацька підхопилася і сіла в ліжку, вона налякана примарними чудовиськами та очікує прильоту снаряду. Це дуже схоже на роботи, що їх малюють зараз ветерани на заняттях з арттерапії. Наприклад, на малюнку 1.4 зображені три примарні озброєні фігури біля узніжжя ліжка ветерана, яке дуже скидається на труну. Обидва малюнки сповнені моторошними емоціями та фізичного болю від травми.

У січні 1918-го в Крейгкокхарті спільно з Единбурзьким коледжем мистецтв (Edinburgh College of Art) було засновано Клуб образотворчих мистецтв (Fine Arts Club). У липневому випуску *The Hydra* за 1918 рік секретар В.Г. Ширер (W. G. Shearer) звертає увагу читачів на доступні курси мистецтва та ремесел, які передбачали живопис, декоративну кераміку та різьблення по дереву. Здається, найпопулярнішим заняттям був гончарний розпис ('Arts and Art therapy with military veterans 15 crafts', 1918). Художньо-ремісничий підхід до реабілітації був запроваджений також й в інших госпіталях під час Першої світової війни. Проте під час Другої світової війни в госпіталях Холімур, Нортфілд, Бірмінгем (Hollymoor Hospital, Northfield, Birmingham), намітився новий підхід до мистецтва.

Вважається, що «Експерименти Нортфілда» ('Northfield Experiments') зіграли визначну роль у розвитку групової психотерапії та руху терапевтичних спільнот (Harrison & Clarke, 1992). У 1940 році Вілфред Біон (Wilfred Bion) почав досліджувати ідею «використання всіх контактів та заходів стаціонарного психіатричного центру для сприяння лікувальному процесу» (Bridger, 1990, p. 68). 1942 року він отримав можливість застосувати теорію на практиці в госпіталі Голімур при лікуванні травмованих військових. Передбачалося, що це дасть їм змогу повернутися до дійсної військової служби. Задля сприяння одужанню Біон і Джон Рікман (Bion and John Rickman) використовували групову динаміку. Втім, як стало відомо, Перший Northfield Experiment спричинив неабияке безладдя, тому не був підтриманий і тривав лише шість тижнів. Але надалі ці ідеї було переглянуто і доповнено, що обумовило створення Другого Northfield Experiment, під орудою Зігмунда Фоулкса, Тома Мейна і Гарольда Бріджера (Northfield Experiment). Цього разу спроба виявилася успішнішою (Harrison & Clarke, 1992).

1944 року сержант Лоуренс Бредбері з Королівського Інженерного Корпусу (Sergeant Laurence Bradbury of the Royal Engineers) був переведений до Армійського Освітнього Корпусу (Army Education Corps) та направлений

до Нортфілду з метою створення мистецької групи в рамках ерготерапії. В аудіозаписах, зроблених у 1998-му, які наразі зберігаються в IWM (Bradbury, 1998), Бредбері визнав, що група, яку він створив у «Хатині мистецтва» ('Art Hut'), не мала нічого спільного з ерготерапією. Він стверджує, що заняття мистецтвом в групі «не змінювало відчуття психічної травми і не закликали забути про неї, а радше протистояти їй», і йому «дозволили це зробити» попри відсутність будь-якого попереднього досвіду. Бредбері називає цей простір «маленьким бліндажем», де пацієнти могли виплеснути проблему і «розрізати нарів, щоб не дати загнойтися». В «Хатині мистецтва» не дотримувалися субординації, пацієнти мали свободу самовираження, що призводило до анархії та безладу (ibid). Іноді траплялися бійки або знищувалися роботи. Бредбері дозволяв напруженню наростати та не втручався для припинення розпалу страстей, і зрештою пацієнти самі ладнали між собою (ibid; Harrison, 2000).

Бредбері був переконаний, що допомагало саме те, що люди мали можливість бути самими собою і вільно самовиражатися. (Bradbury, 1998). Він малював разом із пацієнтами і не керував ними, крім того, не вимагав будь-якої попередньої інформації про пацієнтів. Бредбері відчував неприязнь з боку деяких колег, які засуджували той гармидер і побоювалися його розповсюдження, а хтось вважав такий підхід потуранням. Доктор Фолкс (Dr Foulkes) відвідував групу раз на тиждень, малюнки викладали на столі. Всі сиділи тихо, аж поки хтось не порушував мовчанку. Бредбері описує свої спостереження і те, якого болю спричиняло споглядання страждань (ibid). Він не був прихильником інтерпретації роботи пацієнтів.

Доктор Ерік Каннінгем Дакс, медичний суперінтендант психіатричної лікарні Нетерн, графство Суррей (Dr Eric Cunningham Dax, Medical Superintendent of Netherne Psychiatric Hospital, Surrey), кілька разів відвідував Нортфілд і, ймовірно, був настільки вражений роботою Бредбері, що вирішив запровадити подібний підхід у Нетерні (Netherne).

1946 року художник Едвард Адамсон (Edward Adamson) відвідав Нетерн за Програмою обміну малюнками, яку впроваджував Британський Червоний Хрест (British Red Cross). Його запросили приєднатися до штату та керувати мистецькою групою. Адамсон погодився і був прийнятий на штатну посаду. Його обов'язки виявилися досить специфічними, оскільки він не мав інтерпретувати роботи або отримувати будь-яку інформацію про пацієнтів. Зрештою Адамсон став ключовою фігурою в розвитку арттерапії у Великій Британії (Waller, 1991). Водночас Бредбері здобув визнання як історик мистецтва і читав лекції в Британській галереї Тейт (Tate Britain).

Наступний значний крок у розвитку військової реабілітації відбувся у 1980-х роках, коли персонал Королівського госпіталю Гаслар, Гемпшир (Royal Hospital Haslar, Hampshire), почав використовувати художню творчість, щоб допомогти пацієнтам висловити свої проблеми. Гаслар було засновано 1753 року як Королівський військово-морський госпіталь (Royal Naval Hospital). Туди доправлялися поранені у багатьох конфліктах, включно

з Трафальгарською битвою 1805 року. До 1966-го в госпіталі лікували також пацієнтів із армії та Королівських ВПС (the Army and Royal Air Force). У 1987 році військовий лікар капітан Морган О'Коннелл (Morgan O'Connell), когнітивно-поведінковий терапевт Йен Біч (Jan Beach) з колегами запровадили чотиритижневу програму лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Це був перший курс такого роду у Великій Британії, і як такий він просував нові ідеї. Як діагностичний стан ПТСР класифікували лише у 1980 році, коли його було включено до третього видання *Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів* Американської психіатричної асоціації (American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (American Psychiatric Association, 1980).

Учасники амбулаторної ПТСР програми були військовослужбовцями та працівниками служби екстреної допомоги і отримали травми внаслідок низки ситуацій, зокрема й під час служби в Північній Ірландії, участі у Фолклендській війні та дорожньо-транспортних пригод. Співробітник із досвідом соціальної роботи запропонував використати тематичне створення зображень, щоб сприяти одужанню. Мистецькі групи очолювали медсестри. Групам з п'яти-шести осіб пропонували створити окремі роботи, щоб представити їх до, під час і після травми. Вони могли використовувати будь-який матеріал, включаючи газетні статті, фотографії та малюнки. Робота була насиченою, різноманітною і новаторською. Хтось для самовираження використовував поезію і навіть кельтські вузли. Хтось взагалі не захотів брати участь і покинув програму ще до її завершення. Потім кожного учасника попросили пояснити, що він зобразив. Цю розповідь зафільмували і копії відео вручили їм для показу родині та друзям. Це навчило учасників самоконтролю, а родини відчували себе залученими до процесу відновлення. Роботи обговорювалися в групах. Учасники визнали, що це був потужний досвід. Вони розповідали, що процес захопив їх і вони відкрили в собі більше, ніж очікували, але це допомогло зрозуміти свій власний досвід. Цей курс діяв у Гасларі протягом чотирьох років (J. Beach, personal communication, 18 January 2016; M. O'Connell, personal communication, 13 January 2016).

Одним із нещодавно побудованих спеціалізованих госпіталів є військовий госпіталь Королеви Єлизавети у Вулвічі (Queen Elizabeth Military Hospital, Woolwich), який діяв у період з 1977-го по 1995 рік. Спочатку, ще до об'єднання трьох служб, там лікували військових та членів їхніх родин. Арттерапевт Найджел Гілтон (Nigel Hilton) працював там неповний робочий день з кінця 1980-х років і до переміщення цього відділення до Кеттеріку (Catterick). Під час особистого спілкування (N. Hilton, personal communication, 15 January 2016) Гілтон розказав мені, як він запровадив арттерапію в програму і вів відкриту студійну групу та індивідуальні заняття. Може здатися, що спочатку ця робота призначалася для ерготерапевта, але такої посади не було. В розмові він описав, які труднощі доводиться долати цивільній особі, яка працює у військовому середовищі. В умовах дотримання ієрархічної структури часом було важко зорієнтуватися, як саме треба

діяти, наприклад, у якій з їдалень обідати. Хілтон також відчував неоднозначне ставлення персоналу та пацієнтів до арттерапії.

Заняття груп арттерапією тривали дві з половиною години. Пацієнти не мали говорити про свою роботу, але часто виникали різні дискусії. За бажанням вони могли виставити свою роботу на стінах студії, і це стимулювало рефлексію. Гілтон споглядав каталітичну роль творення мистецьких витворів і як значну цінність набував досвід. Іноді пацієнти цілою групою працювали над малюнком на великому аркуші паперу. Такий груповий досвід вважався важливим компонентом.

Пацієнти мали досвід у різних військових діях, зокрема й у війні на Фолклендах та у миротворчій місії в Північній Ірландії. Під час перебування Гілтона у Вулвічі відбулася перша війна в Перській затоці, і 1991 року до госпіталю прибули поранені, багато з яких мали психологічні травми. Частина з них згодом були звільнені зі служби за психосоціальними показаннями. Гілтон вважав, що саме його професійна підготовка у сфері когнітивної аналітичної терапії допомогла в індивідуальній роботі з пацієнтами.

Поетапне закриття спеціалізованих військових госпіталів стало результатом перегляду оборонної політики, проведеного урядом консерваторів у 1990-ті. Зокрема, уряд дійшов висновку, що військові госпіталі не можуть забезпечити таку саму якість медичної допомоги як Національна служба охорони здоров'я (NHS). Відтоді Міністерство оборони (Ministry of Defence) за угодою передало стаціонарне лікування Національній службі охорони здоров'я. Розділ 4 містить огляд минулого та теперішнього стану лікування психічного розладів у британських військовослужбовців.

Про теперішній стан арттерапії для ветеранів

Як зазначено у вступі до цієї книги, арттерапія була запроваджена в Combat Stress у 2001 році. Колишній військовий лікар Королівського флоту капітан Морган О'Коннелл у той час працював там консультуючим психіатром. Він мав досвід успішного використання образотворчого мистецтва під час своєї роботи у Гасларі і підтримував використання арттерапії. Мистецтво та ремесла вже практикувалися у Combat Stress, а крім того, такі види діяльності, як виготовлення квітів маку — символів вшанування пам'яті загиблих на війні, та виробів з дерева. Кімната для занять стала серцем лікувального центру Суррея, де молоді й старі ветерани спілкувалися та працювали над проектами. У цьому теплому та гостинному місці між ветеранами панували жарти та почуття товариства. На той час використовували модель стаціонарного перебування пацієнта в закладі для перепочинку, і саме її збиралися переглянути.

Єдиним приміщенням, достатньо великим для груп, на той час був хол для перегляду телепередач. Я побоювалася, що постраждають дивани та килим, але за всі сім років діяльності групи арттерапії жодної шкоди не було завдано. Згодом я дізналася, що ветерани воліли не робити безладу, а якщо щось траплялося, то самі й прибирали. Тоді я також дізналася, що

людям із тривожними розладами необхідно дозволяти виходити з кімнати, коли їм це потрібно, і тоді найвірогідніше, що вони повернуться. Однак на початку свого перебування там я ще не розуміла, що краще пригальмувати, аніж сприяти виплеску почуттів. Арттерапія надає учасникам доступ до сенсорної пам'яті, візуальних образів та емоцій. Існує ймовірність просування занадто глибоко і занадто швидко, а відтак спогади радше не оброблюються, а заново переживаються. У Розділі 7 буде докладно розглянуто інтегровану адаптивну модель арттерапії, яку застосовують щоб зробити занурення безпечним і поступовим.

Ван дер Колк (Van der Kolk) припускає, що «одне з найнагальніших завдань, що постали перед терапевтами, які працюють з травмою, полягає у відтворення відчуття людської взаємозалежності та спільності» (1987, р. 155). Він посилається на «основні якості людського існування: належати до спільноти, бути корисним для інших і поділяти спільну культуру та минуле» (ibid., р. 156). Щойно ветерани потрапляли до лікувальних центрів Combat Stress, ставало зрозуміло, що відбувалося щось важливе. Відчуття повернення до свого звичного кола у безпечному середовищі допомагало зменшити ізоляцію та покращити самопочуття. Я вже не рахувала, скільки разів ветерани казали мені, що «найкраща терапія — бути з хлопцями». Проте обмін спогадами про війну може не лише втішити, але й зашкодити, коли це впливає на сон і працездатність.

Перебуваючи у центрі, ветерани демонстрували свою підтримку організації, купуючи светри, сорочки-поло та браслети з логотипом Combat Stress, і у такий спосіб створили альтернативну уніформу. Деякі з них вже зустрічалися під час служби або мали спільних друзів. Іноді вони використовували службовий жаргон і прізвиська, наприклад, деякі колишні моряки ходили на «камбуз» поїсти, а спати — в «каюту». Я і мої двоє колег-терапевтів отримали власне прізвисько — «стелси». Це від назви бомбардувальників-невидимок, які можуть подолати протиповітряну оборону, тому що невидимі для радарів. Ми якось чули, як двоє ветеранів говорили між собою, що не зможуть зустрітися пізніше того ж дня, оскільки один з них мав «зникнути з радарів» ('stealthed') о 15.00; тобто на той час в нього був призначений сеанс терапії. (Lobban, 2014).

Траплялися й випадки опору/ухилення від терапії. Деякі ветерани воліли і досі вважають за краще проводити свою «арттерапію» в кімнаті для занять. Інші, хто приходив на індивідуальні заняття, заповнювали час розмовами на дотичні теми та уникали використання художніх матеріалів. Тож я зрозуміла, що арттерапія потребує покрокового підходу, і що початок сеансів із релаксації чи технік емоційної регуляції може допомогти ветеранам перейти до використання матеріалів. Цей метод узгоджувався з поетапним підходом, описаним у літературі про роботу з травмою (Chu, 1998; Herman, 1992). Іноді ветерани згадували про глибоко приховану «схриньку Пандори», де зберігалися потаємні спогади про травми, але вона могла зненацька вибухнути, що мало б тривожні наслідки. Травма руйнує здатність довіряти, тому довіру

треба поступово завойовувати, перш ніж наважитися відкрити скриньку та оглянути її вміст.

Додаткове навчання різноманітним підходам до роботи з травмою було безцінним для покращення розуміння та пошуку шляхів залучення ветеранів. Зараз арттерапія є частиною кожної програми у всіх трьох лікувальних центрах Combat Stress.

Найчастіше ПТСР уходить корінням у перипетії воєнної та миротворчої діяльності, проте не всі травми, пов'язані зі службою у війську, обумовлені саме участю у бойових діях. Інші причини належать до повного спектру стресових подій, які зустрічаються в цивільному контексті, наприклад, переживання або спостереження знущань, катастроф чи стихійного лиха. В цій групі клієнтів травма внаслідок одного випадку зустрічається рідко, але повторне та тривале перебування під впливом травми є звичайним явищем. Ураження може відбутися і до, і після, і під час проходження військової служби. Повне обговорення цих питань представлено в Розділі 5.

Протягом кількох років середній вік ветеранів, які приходили для лікування у Combat Stress, становив 44 роки. Зараз цей показник зменшується, тому що зростає кількість звернень через недавні війни в Іраку та Афганістані. Характер бойових дій теж продовжує змінюватися через інновації у системах озброєння, звітності в реальному часі та використанні Інтернету для рекрутингу терористів (Turitto, 2010). Відтак, відповідно прогресували розуміння та визначення психологічних наслідків травми. У 2013 році Американська Асоціація Психіатрів доопрацювала критерії ПТСР для *Діагностично-статистичного Посібника* (American Psychiatric Association Diagnostic and Statistic Manual criteria for PTSD). До трьох кластерів додали четвертий, який включає негативні зміни в когнітивних функціях і настрої, а також симптоми уникання, повторного переживання та гіперзбудження (American Psychiatric Association, 2013).

Вшанування і ритуал

Поминання через ритуали є важливим способом вшанування померлих. Квітка маку Королівського Британського Легіону (The Royal British Legion) стала національним знаком пам'яті, а її придбання дає можливість зробити внесок у підтримку ветеранів та їхніх родин. Щороку у Неділю Пам'яті (Remembrance Sunday) група ветеранів і співробітників Combat Stress беруть участь у Національній церемонії вшанування та у Марші біля Кенотафу. (National Service of Remembrance and March Past at the Cenotaph, Whitehall, London). Вони приєднуються до національного двохвилинного мовчання, коли кожен згадує поранених і полеглих та подумки промовляє: «ми їх пам'ятатимемо» (Binyon, 1914). Маленькі дерев'яні хрести з написаними від руки повідомленнями шанобливо покладають в окремих полкових зонах Поля пам'яті у Вестмінстерському абатстві поки не вкриють усю траву. По всій країні до підніжжя військових меморіалів кладуть вінки з квітів маку.

У 2014 році 888246 керамічних квітів маку, розроблених митцями Полом Каммінсом і Томом Пайпером (Paul Cummins and Tom Piper), розмістили в рову Лондонського Тауеру. Цю інсталяцію створили на вшанування століття з початку Першої Світової війни, вона отримала назву «Кров викрасила в червоне землі й моря». Це був наче почесний мартиролог, де кожна квітка маку представляла одного загиблого на війні британця ('About the installation', n.d.). В цьому символі спільної скорботи відвідувачі мали змогу відчувати зв'язок між минулим та сьогоденням.

Майданчики лікувальних центрів Combat Stress іноді використовуються просто для спокійного споглядання, коли ветеранам потрібен простір для роздумів. Тут є приємне та спокійне середовище для прогулянок і спостереження за природою. Її, до речі, також використовують для таких ритуалів, як, наприклад, символічне відпущення минулого. Предмети, що уособлюють травму, відпускають на вітер, і сама дія відпускання неначе зцілює й тіло.

Деякі ветерани залишають на території якусь матеріальну річ, щоб у такий спосіб і надалі бути під опікою організації. Як-от маленький камінець у кам'яній піраміді у прилеглому лісі або посаджений жолудь на знак надії. Такі ритуали можуть бути приватною справою або їх виконує невеличка група, об'єднана спільними спогадами.

Як крок на шляху до одужання деякі ветерани вирішували здійснити паломництво до місця травмування, щоб спробувати «поховати своїх привидів», іноді особисто вшанувати місце, де поліг товариш. Я мала честь брати участь у паломництві на Фолклендські острови з групою ветеранів, щоб відзначити двадцять п'яту річницю війни 1982 року. Це дало безцінну можливість працювати разом на місці травми. Ветерани змогли повторити свій шлях, переоцінити свої погляди та почати прорив крізь пережитий біль і смуток. Щиросердна подяка та підтримка від жителів Фолклендських островів, безсумнівно, допомогла ветеранам у пошуках сенсу власного буття.

Я чула дивовижні розповіді про зустрічі ветеранів і укладення миру, наприклад, зі своїм колишнім тюремним охоронцем або капітаном підводного човна, що потопив їхній корабель.

Ветерани та колишні терористи збираються за столом, щоб знайти спосіб відійти від минулої ворожнечі. Проте деяким ветеранам, здається, неможливо відпустити гнів, відчуття провини, сорому чи страждання. Пам'ять про втрату може розбухати провину за те, що вижив, або жах від того, що був свідком страждання, але не міг допомогти. Вони не можуть вибачити ані себе, ані інших за те, що було зроблене, або навпаки — не було зроблене. Ці люди відкидають співчуття до себе, витримують біль як справедливую кару і утверджуються у думці, що вони не заслуговують насолоджуватися життям. Один ветеран, єдиний, хто вижив, потрапивши у засідку, і був важко поранений в бою, пояснив мені, що біль, який він продовжував відчувати протягом багатьох років, був не стражданням, а нагадуванням, що він живий. Відчуття болю наближало його до загиблих товаришів, і тому не рвалися узи братерства й пом'якшувалося відчуття провини за те, що вижив.

Робота з травмованими ветеранами

Ветерани можуть уникати розповідей про свій досвід не лише через біль, який це викликає, але й тому, що не хочуть завдати неприємних почуттів слухачеві, щоб почуте не образило і щоб він не змінив свого ставлення до оповідача на гірше. Відповідно до сучасної теорії, травма руйнує наші головні уявлення про життя, а саме, що світ є доброзичливим і значущим, а ми самі того гідні (Janoff Bulman, 1992). Втрата такого переконання викликає глибоке відчуття роз'єднаності, ізоляції та відчуження (Herman, 1992). Вислуховування розповідей про страждання або жахи, символічне спостереження їх через образи є частиною задач арттерапії та допомагає обробляти спогади про травму. Це може змусити терапевта усвідомити сфери людського досвіду за межами попередніх знань або розуміння, а також стимулювати сумніви щодо особистих переконань і припущень.

Через чуттєву природу травматичних спогадів, коли ветерани відновлюють зв'язок із травмою, намагаючись висловити безсловесне переживання події, вони часто відтворюють оригінальні образи, тілесні відчуття та емоції. Це може резонувати з контрперенесенням або емпатичним налаштуванням терапевта і проявитися у таких реакціях, як нудота, головний біль або відчуття безпорадності. Жахи, які неможливо передати словами, можна передати в почутті «відчуття». Зокрема, може виникнути дисоціація, коли ветеран психологічно від'єднується від «тут і зараз» і повертається в часі до фрагментованого відчуття минулої травми або стає дезорієнтованим і розгубленим. Цей стан може відображатися у власних процесах мислення терапевта, які впливають на концентрацію та пригадування поставленого завдання. У своїх нотатках про реакції контрперенесення на дисоціативні процеси, Перлман і Сааквітне (Pearlman and Saakvitne (1995) зазначають, що у таких ситуаціях терапевт може відчувати себе покинутим і здатен відреагувати кількома способами, включаючи полегшення, своє відсторонення та відмову від клієнта або роздратування. Також є припущення, що терапевт може не пам'ятати матеріалу з попереднього сеансу або відчувати себе відстороненим і нездатним думати. Не розуміючи дисоціації, терапевт може використовувати інші концепції, такі як пасивна агресія, психоз або опір спробам пояснити ситуацію (ibid.).

Отже, важливо усвідомлювати сенсорний вплив роботи з травмою як на клієнта, так і на терапевта, і бути готовим працювати з цим на практичному рівні. Техніки розслаблення, дихання та заземлення, які застосовуються на ранніх стадіях лікування, можуть допомогти подолати маніпулювання і підтримувати терапію в межах задовільного рівня. Детально ця тема розглянута в Розділі 7.

Такі терміни, як «вторинний травматичний стрес» (Hudnall Stamm, 1995) і «опосередкована травма» (Pearlman & Saakvitne, 1995), були введені для опису низки симптомів, що виникають як наслідок роботи у сфері травми. Перлман і Сааквітне (1995) визначили опосередковану травматизацію (VT)

як «кумулятивну трансформацію у внутрішньому досвіді терапевта, що виникає внаслідок емпатійної взаємодії з травматичним матеріалом клієнта» (стор. 31). Її відрізняють від «вигорання», яке зазвичай проявляється як апатія, розчарування, байдуже ставлення або навіть зневага до клієнтів (Pross, 2006), оскільки воно досягає глибшого та ґрунтовнішого рівня. Симптоми опосередкованої травми можуть включати підвищену чутливість до насильства, соціальну відстороненість, цинізм, відчуття вразливості, досвід нав'язливих образів і відсутність часу чи енергії для себе (Pearlman & Saakvitne, 1995; Pross, 2006). МакКен і Перлмен (McCann і Pearlman 1990) припускають, що травма заразна.

Працюючи у сфері травми, важливо бути самосвідомим і розпізнавати будь-які попереджувальні ознаки негативних наслідків, щоб забезпечити нормальну роботу. Просс (2006) вважає, що у такому разі сприяння самосвідомості має бути важливою частиною терапії та професійного навчання. Він припускає також, що гнучке та творче робоче середовище сприяє дослідницькій роботі і допомагає уникнути «рутини», яка й призводить до вигорання (ibid., р. 9). Інші фактори, що допомагають запобігти вигоранню та VT, передбачають обмежену кількість кейсів, дотримання професійних кордонів і забезпечення умов для самопіклування, щоб знівелювати дію окремих робочих моментів. Це може вимагати пошуку інших способів покращення самопочуття, як-от фізична або творча діяльність, або виділення часу для відпочинку та ігор. Можна розглянути персональну терапію. Суттєву роль відіграють супервізії та рефлексивні практики. Перлмен та МакКей (Pearlman and McKay, 2008) також вважають, що робота над VT має передбачати трансформацію досвіду через сенсотворення та відновлення зв'язку з надією та метою, а також протидію особистому цинізму.

З часом я зіткнулася з упередженням щодо військових з боку інших професіоналів та слухачів. Можливо, це обумовлено політичними переконаннями та ідеалами або життєвим досвідом. Збройні сили можна розглядати як героїв або лиходіїв, переможців або жертв відповідно до обставин чи точки зору. Іноді на конференціях мені відкрито ставили питання, в яких не приховувалася тверда позиція щодо роботи з людьми, яких вважають професійними вбивцями. Як і в будь-якій професії, арттерапевти можуть із задоволенням працювати з певною групою клієнтів, та дуже неохоче — з іншою. Тут важливо розуміти свої мотиви та бар'єри.

У цьому контексті може виникнути відчуття проникнення до внутрішнього аспекту стану людини. В історії людства суперечки вирішувалися через протистояння однієї армії іншій. Архетип воїна є міжкультурним і змальований у міфах і легендах більшості цивілізацій. Він часто втілює в собі такі якості, як мужність, стоїцизм, дисциплінованість і вірність. Дійсно, «Цінності та стандарти британської армії» ('Values and standards of the British Army' 2012) вимагають безкорисливу відданість, чесність і повагу, а новобранці повинні скласти присягу на вірність монарху. Можливо навіть, доведеться принести найбільшу особисту жертву. Цих високих ідеалів нелегко

досягти та підтримувати. Проте психологічні симптоми, які виникали після бойових дій, вже давно описані. Нещодавнє дослідження показує, що перше повідомлення про симптоми ПТСР можна було б віднести до Ассирійської династії в Месопотамії, 1300–609 рр. до н. е. (Abdul-Hamid & Hughes, 2014). У період між початком Першої світової війни в серпні 1914 року та виходом британських військ з Афганістану в жовтні 2014-го Велика Британія постійно брала участь у військових діях або підтримці миру в різних кутках світу (MacAskill & Cobain, 2014), і це триває й сьогодні.

Попри складність роботи з травмованими ветеранами, ми досягли багатьох успіхів. Окрім розповідей про людську жорстокість, насильство, страждання та відчай, мені пощастило почути дивовижні історії про доброту, співчуття та стійкість, які демонструють широту людських почуттів. Я була вражена здатністю людського духу долати труднощі та перетворювати травму на можливість розвитку. Один ветеран Другої світової війни якось розповів мені, як після мінометного обстрілу він протягом довгого часу був заблокований у танку під обезголовленим тілом свого командира. Цей командир був його шановним наставником. До кінця життя ветеран страждав від нестерпного болю в спині, пов'язаного з тим випадком. Проте він вважав, що тягар, який він все ще відчуває на своїй спині, є не тягарем, а присутністю його ангела-охоронця, що продовжує захищати та підбадьорювати його протягом усього життя. Арттерапія допомогла йому висловити не лише жах події, але й трансформаційну силу сенсотворення та здобуття спокою.

Після того як скриньку Пандори розкрили, єдине, що в ній залишилося — це надія. Надія відіграє важливу роль в одужанні. Ця складова часто використовується в арттерапевтичних групах і плекається самими ветеранами (Таблиця 1.1). Початківці лікування могли боротися з симптомами багатьох років, перш ніж нарешті звернутися по допомогу. Хоча Combat Stress є цивільною організацією, всі її клієнти — колишні військові, і більшість з них зазначають, що лише переступивши поріг, вони вже почуваються у безпеці, адже знають, що інші ветерани піклуватимуться про них і вони більше не залишаться наодинці зі своїми проблемами. Ветерани сподіваються, що організація зможе задовольнити їхні потреби та поведе на шлях одужання.

References

- Abdul-Hamid, W. K. & Hughes, H. J. (2014). Nothing new under the sun: Post-traumatic stress disorders in the ancient world. *Early Science and Medicine*, 19(6), 549–557.
- About the installation (n.d.). Retrieved from www.hrp.org.uk/tower-of-london/history-and-stories/tower-of-london-remembers/about-the-installation/.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd edn). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th edn). Washington, DC: APA.
- Arts and crafts (1918, July). *The Hydra*. The First World War Poetry Digital Archive. Retrieved from www.oucs.ox.ac.uk/ww1lit/collections/document/3141/2090.

- Beveridge, A. (2011). *Portrait of a psychiatrist as a young man: The early writing and work of R. D. Laing, 1927–1960*. Oxford: Oxford University Press.
- Binyon, R. L. (1914, 21 September). For the fallen. *The Times*. Retrieved from www.great-war.co.uk/poems/laurence-binyon-for-the-fallen.htm.
- BJN (1946). Art versus illness: A story of art therapy by Adrian Hill. *The British Journal of Nursing*, 94, 16.
- Bradbury, L. (1998). Interview by Blakeway Associates [Tape recording]. The science of war – battle of the mind (interview rushes Part 1 of 4). London: Blakeway Associates, Imperial War Museum Archives. Retrieved from www.iwm.org.uk/collections/item/object/1060035898.
- Bridger, H. (1990). The discovery of the therapeutic community: The Northfield experiments. In E. Trist & H. Murray (eds), *The social engagement of social science* (Vol. 1). London: Free Association. Retrieved from www.moderntimesworkplace.com/archives/ericseess/sessvoll1/Bridgerp68.opd.pdf.
- British Pathé News (1917–1918). Reel 1. Netley Hospital 1917 and Seale Hayne Military Hospital 1918. Retrieved from www.britishpathe.com/video/war-neuroses-version-b-reel-1.
- Christiansen, R. (2014, 27 April). When artists fought for Queen and country. *Telegraph*. Retrieved from www.telegraph.co.uk/culture/art/10788905/When-artists-fought-for-Queen-and-country.html.
- Chu, J. (1998). *Rebuilding shattered lives: The responsible treatment of complex post-traumatic and dissociative disorders*. New York, NY: Wiley & Sons.
- Clark, N. (2014, 22 June). A history of the First World War in 100 Moments: Captured on canvas, the moment when writers and artists went ‘over the top’. *Independent*. Retrieved from www.independent.co.uk/news/world/world-history/history-of-the-first-world-war-in-100-moments/a-history-of-the-first-world-war-in-100-moments-captured-on-canvas-the-moment-when-writers-and-9555343.html.
- Gough, P. (2010). *A terrible beauty: British artists in the First World War*. Bristol: Sansom & Company.
- Harrison, T. (2000). *Bion, Rickman, Foulkes and the Northfield experiments*. London: Jessica Kingsley.
- Harrison, T. & Clarke, D. (1992). The Northfield experiments. *British Journal of Psychiatry*, 160, 698–708.
- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror*. New York, NY: Basic Books.
- Hill, A. (1945). *Art versus illness: A story of art therapy*. Crows Nest: G. Allen & Unwin.
- Hill, A. (1975). Interview by J. C. Darracott [Tape recording]. London: Imperial War Museum Archives. Retrieved from www.iwm.org.uk/collections/item/object/80000557.
- Hoare, P. (2001). *Spike Island: The memory of a military hospital*. London: Fourth Estate.
- Hogan, S. (2001). *Healing arts: The history of art therapy*. London: Jessica Kingsley.
- Hudnall Stamm, B. (1995). *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers and educators*. Brooklandville, MD: The Sidran Press.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York, NY: Free Press.
- Lobban, J. (2014). The invisible wound: Veterans’ art therapy. *International Journal of Art Therapy*, 19(1), 3–18.

- MacAskill, E. & Cobain, I. (2014). British forces' century of unbroken warfare set to end with Afghanistan exit. *Guardian*. Retrieved from www.theguardian.com/uk-news/2014/feb/11/british-forces-century-warfare-end.
- McCann, L. & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Trauma Stress*, 3(1), 131–49.
- Nightingale, F. (1860). *Notes on nursing: What it is and what it is not*. New York, NY: D. Appleton & Company. Retrieved from <http://digital.library.upenn.edu/women/nightingale/nursing/nursing.html>.
- Pearlman, L. A. & McKay, L. (2008). Vicarious trauma. Excerpted from *Understanding and addressing vicarious trauma*. Pasadena, CA: Headington Institute. Retrieved from www.headington-institute.org/files/vicarious-trauma-handout_85433.pdf.
- Pearlman, L. A. & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York, NY: W. W. Norton.
- Pross, C. (2006). Burnout, vicarious traumatization and its prevention. *Torture*, 16(1), 1–9. Retrieved from www.irct.org/Files/Filer/TortureJournal/16_1_2006/page_1-9.pdf.
- Smalley, U. (2016). How the British Government sponsored the arts in the First World War. Retrieved from www.iwm.org.uk/history/how-the-british-government-sponsored-the-arts-in-the-first-world-war.
- Turitto, J. (2010). Understanding warfare in the 21st century. *International Affairs Review*, XVIII(3). Retrieved from www.iar-gwu.org/node/145.
- Unit history: 21 Artist Rifles (n.d.). Retrieved from www.forces-war-records.co.uk/units/4375/21-artist-rifles/.
- Values and standards of the British Army (2012). Retrieved from <http://ethics.iit.edu/ecodes/node/5512>.
- van der Kolk, B. (ed.) (1987). *Psychological trauma*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Waller, D. (1991). *Becoming a profession: History of art therapy in Britain, 1940–82*. London: Routledge.
- Waller, D. & Gilroy, A. (1992). *Art therapy: A handbook*. Buckingham: Open University Press.

Історія армійського резервіста*

Клемент Боланд

Протягом трьох років я був резервістом територіальної армії (ТА). Приєднався до неї 2004-го, коли навчався на бакалавраті. Мені тоді було 19 років. Моя базова підготовка складалася з тренувань протягом семи вихідних у полку та двотижневого курсу в Навчальному центрі піхоти (Infantry Training Centre). Згодом я щотижня відвідував вечірні тренування в місцевому центрі ТА, а також тренування приблизно через кожні вихідні, крім того, їздив у щорічні двотижневі літні табори. Це забезпечило мені оплачувану роботу з неповною зайнятістю для оплати за навчання. Тож на вихідних я насолоджувався пригодами та азартом тренувань у сільській місцевості. Мене навчали базових навичок піхоти, вогневої підготовки, навичкам виживання в природі, фізичній підготовці, радіозв'язку та наданню першої допомоги. Моїм місцевим підрозділом був мінометний взвод, тож я навчався роботі з 81-мм мінометами на рівнині Солсбері (Salisbury), а влітку 2005-го відвідав двотижневий табір у Флориді, де ми тренувалися разом із Національною гвардією (National Guard). Хтось з мого підрозділу був мобілізований для оперативного відрядження в Ірак, але я та деякі інші були від того звільнені, тому що ми були студентами. Наприкінці літа 2006 року я закінчував свої іспити і спостерігав в новинах, як десантура пробивається в місто Сангін (Sangin) на півдні Афганістану. А до початку весни 2007-го я вже патрулював ті самі вулиці.

Після закінчення навчання мене відібрали для підготовки на офіцерське звання. Всі роти нашого батальйону ТА були приписані до різних місцевих регулярних полків, які наступного року мали бути об'єднані. Приблизно в той самий час виникла зацікавленість у пошуку осіб для кадрової служби в резерві наших регулярних батальйонів. Військова ситуація, здавалося, загострювалася, і я відчував, що маю долучитися до справи. Я вважав, що наша країна та її збройні сили є силою добра і стабільності у світі. Тож заявив, що хочу піти на службу в резерві і отримати практичний досвід, перш ніж спробувати пройти офіцерські курси. Моєму командирі ця ідея сподобалася і він готовий був притримати моє місце в програмі підготовки до мого повернення, якщо мене мобілізують.

*In this personal account, names have been changed to anonymise identity.

Незабаром я отримав свої мобілізаційні документи, в яких повідомлялося, що мене відправляють до Афганістану. Згідно з наказом я прибув до Мобілізаційного Центру Резерву (Reserves Mobilisation Centre) в лютому 2007 року з кількома іншими членами мого батальйону ТА. Тут ми зустрілися з іншими мобілізованими територіалами та кадровими резервістами. Нас оглянули медики і ми підписали угоду на службу в армії на 11,5 місяців.

Протягом наступного місяця ми проходили випробування на фізичну підготовку та вміння. За цей час ми також наслухалися жажливих розповідей про те, куди їдемо, і мене почало непокоїти, наскільки безладною виглядала наша мобілізація. Підрозділ, до якого ми мали приєднатися, вже проходив попередній тренінг, тому ми не змогли тренуватися з ними, перш ніж нас буде направлено у зону бойових дій. На мій погляд, навчання, яке ми отримали, було таким собі набором вправ, де нам треба було лише проставити «галочки» у потрібному місці. І загалом все виглядало начебто поспіхом зроблене. Виникло відчуття, що нас вважають за щось малоцінне і охоче вкинуть у якусь колотнечу.

Втім, я вчасно прибув на місце служби і вважав, що мушу довести справу до кінця. Тепер я відчував свою недостатню підготовленість і побоювався того, на що підписався.

На початку квітня нас відправили в полк і здавалося, що в нас буде час для навчання та злагодження в підрозділі до того, як ми розгорнемося. Однак, коли ми приїхали, рота збиралася у відпустку, після якої вони мали вилетіти до Афганістану. Тож ми наскоро зустрілися з нашими взводними перед їхнім від'їздом і залишилися в казармі для подальшого навчання.

Одного разу нам показали побитий старий лендровер WIMIK (Land Rover WIMIK), щоб ознайомити з тим, на чому ми мали розгортатися. Я ніколи раніше не бачив жодного з таких транспортних засобів, і він був у такому стані, що все, що я запам'ятав з того безладу, в який ми вплуталися, то була залита кров'ю підлога.

Ми мали вилетіти до Афганістану за кілька днів до мого двадцять третього дня народження. Я зустрів свою маму в Лондоні, щоб попрощатися. Ми щойно вийшли з «Лондонського ока» (London Eye) і я мав встигнути на рейс того вечора, коли мені зателефонували та повідомили, що наш рейс затримано. Отже, до відльоту я ще встиг відвідати своїх домашніх.

Дехто з друзів проводжав мене на вокзалі і натовп аплодував, коли я прощався з ними. Все це здавалося дуже нереальним. Мені було страшно.

Повернувшись до казарми, я переодягнувся у військовий однострій і тинявся в очікуванні. Тоді я знову почав курити після дворічної перерви. Тієї ночі тренер відвіз нас до Брайз Нортон (Brize Norton), де нас підготували до перельоту. Коли ми всі разом стояли в черзі, мене вразило, наскільки ці хвилини знаменні для нас, хто вперше відправлявся на війну, і водночас які вони прозаїчні та нудні для хлопців з Королівських Повітряних Сил (RAF), які відправлялися разом із нами. Все було настільки безпристрасним і буденним,

що я добре уявив, яким крихітним та незначним гвинтиком я є у цій великій системі.

Вранці ми завантажилися у літак «Трі-Стар» (Tri-Star). Коли досягли Афганістану, літак пролетів високо над аеропортом Кандагара, а потім по спіралі пішов на посадку, щоб не наразитися на ворожий вогонь. Усе освітлення було вимкнено, шторки на віконцях опущені, залишалися лише смуги аварійного освітлення у проході. Всі ми мали на собі бронежилети і каски, і я пам'ятаю, як у півночі розгледів журналіста в темному костюмі, схожого на Дарта Вейдера перед рядами свіжих білих пустельних камуфляжів.

Ми приземлилися та висадилися в темряві на величезному аеродромі в Кандагарі. Навколо я побачив обриси великих військових літаків, безпілотників і стелажів з боєприпасами. Нас знову оглянули й відвезли до величезного ангара, повного двоярусних ліжок, де ми мали перебувати до подальшого рейсу до Кемп Бастіону (Camp Bastion) наступного дня.

Ми курили надворі біля мінометного укриття і мало спали. При денному світлі база в Кандагарі виявилася величезною — розгалужена мішанина опорних територій для всіх наявних багатонаціональних сил. Був навіть автобус, який доставив нас від ангара до авіабази для нашого наступного перельоту. Пам'ятаю, як мене спантеличили маленькі зелені фіранки з декоративними стрічками у вікнах автобуса серед усього цього пилу, бетону та військової техніки.

Ми сіли на борт транспортного літака C130 «Геркулес» (C130 Hercules) і полетіли до Кемп Бастіону, щоб приєднатися до нашої роти і бути розподіленими до взводів.

Бастіон сильно відрізнявся від Кандагара. Це була розпланована військова база, розташована в акуратних рядах наметів з кондиціонерами. Наша рота вишукувалася і я разом із трьома територіалами приєднався до свого взводу. Коли я прибув, вони вправлялися у стрільбі з кулемета 50 калібру, зброї, якої я ніколи навіть не бачив наживу. Рядові були зовсім молоді, але пам'ятаю, як відчував певний трепет перед ними як групою — всі дуже нахабні й у дзеркальних окулярах, коли виконували навчання.

Мене розподілили до якоїсь секції та показали моє ліжко, а ще нам видали додаткову зброю і спорядження. До важких бронежилетів Osprey додали гранати та батареї для радіостанцій. На тренуваннях я зазвичай носив максимум шість магазинів для гвинтівки та розсипні набої, натомість тепер отримав 13 повних магазинів та патронташ із розсипними набоями. Потім з'явилися підвісні гранатомети, і я помітив, що не лише я відчуваюся недостатньо підготовленим. Нас запитали, чи хтось користувався чим-небудь з того колись раніше, але ніхто не відповів. Я сказав, що колись використовував стару американську версію патронів з фарбою (paint rounds) на навчаннях у Флориді, і так я став гранатометником.

Після пристрілки зброї на стрільбищах, пакування й перепакування спорядження та адаптаційних пробіжок навколо периметра Кемп Бастіону, під час яких ми перебували в стані готовності до вильоту як сили швидкого

реагування, ми отримали новину, що тепер маємо розгорнутися в адміністративному центрі Сангін (DC) (Sangin District Centre — DC). Це саме те місце, яке я бачив у новинах, де показували десантуру в облозі. Минуло менше восьми місяців і це місце вже відоме як найнебезпечніший район у провінції Гельменд (Helmand). «Сангін? Мене нудить!» — так відреагував один із моїх сусідів по секції на цю новину.

Ми зібралися у шеренги, а потім впакувалися на борт одного з «Чінуків» (Chinooks), пригинаючись під роторами та задихаючись від гарячого потоку повітря від двигуна. Затиснуті й наполовину завалені снарягою, ми злетіли та полетіли через Гельменд у напрямку зеленої зони під ескортом двох бойових «Апачів» (Apache). Мені вдалося визирнути в одне з вікон, коли ми летіли через пустелю, і я побачив лінії вигнутих окопів і підбиті танки радянської епохи з попередніх років конфлікту. Тоді в голові промайнула думка: якого біса я в це вляпався?!

Спершу наш взвод мав вартувати на різних позиціях довкола периметру комплексу в Сангін DC. Я мало що пригадую про той період, бо протягом трьох днів ми були перенапружені, спали десь по 20 хвилин 12 разів на день. Втома наростала, і я пам'ятаю, що бачив як люди розмовляли з рюкзаками.

Однієї ночі під час двогодинного чергування в якомусь сангарі ми з одним з рядових вперше опинилися під обстрілом. Це на диво безбарвна подія. Ми по черзі намагалися трохи подрімати в задній частині сангара, поки один з нас вартував. Підійшла моя черга відпочити, і я то засинав, то прокидався, почувши якийсь глухий звук. Мій напарник поштовхом збудив мене і сказав: «Ти будеш сміятися, але здається, по нам стріляють». Я підвівся і визирнув з сангара: трасуючі кулі вискакували з темряви вдалині праворуч від нас, а час від часу випадкова куля влітала в стіну з хеско (Hesco) біля нашої позиції. Невдовзі все припинилося і ми почули по радіо, що неподалік відбулася перестрілка за участю афганської поліції.

Вперше я вибрався за межі комплексу у Сангіні, коли мене загребли до складу групи спеціальних сил реагування, що вирушала на заклик про допомогу. Я заліз на один із автомобілів Pinzgauer і ми з гуркотом викотилися з головних воріт у місто. Більшу його частину повністю розстрошила авіація, коли десантура знаходилася в облозі, а вулиці, якими ми їхали, були під кількома футами завалів, по яких транспортні засоби стрибали як божевільні. Ми потрапили на місце події, де в одному з підрозділів афганської армії, з якими ми працювали, стався вибух, двоє солдатів отримали поранення. Афганець, який втік після вибуху, був застрелений. Ми мали його забрати. Я не можу згадати все, що там відбувалося, але те, що я все ж запам'ятав, закарбувалося у пам'яті й дотепер.

Мені сказали допомогти його нести. Здається, він був у канаві, коли я підійшов до нього. Я жахнувся. Він був застрелений ззаду, і всі його кишки вивалилися з розірваного живота. Я ніколи раніше не бачив так сильно понівечене тіло, тож був приголомшений і мені було його шкода. Я просто хотів допомогти йому, але не знав, як, і першою думкою, що промайнула в моїй

голові, було: «О Боже, він схожий на Ісуса». Зрештою його поклали у задній частині автомобіля. Я ніс за ноги, а двоє інших, здається, тримали його за руки. Хоча все, що я насправді пам'ятаю, то була схожа на розп'яття поза. Я ледве бачив щось довкола. Його нутрощі лилися мені на руки і бридко пахло. Пам'ятаю, що я думав, яким жакливим було поранення, як низько влучили, а втім, яким спокійним і гідним виглядало його обличчя серед усієї паніки та метушні. Ми вклали його в машину, я знов заліз наверх, а він лежав біля моїх ніг. Коли наша машина застрибала вулицями Сангіну на зворотному шляху, до мене дійшло, що дверцята машини відчинені, його кишки та геніталії бовталися і місцеві жителі могли їх бачити, поки ми їхали. Я нахилився й закріпив двері шматком старої мотузки, яка служила ручкою. В якийсь момент до чи після цього я відчув, як він схопив мене за ногу. Пізніше мені сказали, що він уже був мертвий, коли ми його забирали, але для мене він помер у машині поруч зі мною. У похмурі моменти я мучився через те, що означає цей хап за мою ногу, чи це був заклик закрити ці дверцята, чи дяка за те, що я це зробив. Я відчував, що повинен хоча б спробувати зрозуміти, що то було, хоча й знав, що насправді це не мало жодного значення. Може це було трупне задубіння або останнє відчайдушне прагнення вирватися з безглуздої, жакливої смерті.

З цього випадку я усвідомив, що ніколи не хотів би нікому спричинити такого жакливого болю, а ще зрозумів, що мені залишилося ще шість місяців служби, отже мені доведеться або так само вчинити, або пройти такий саме шлях. Я у пастці. Я йолоп.

Невдовзі після цього мій взвод також пішов на ротацію. Ми почали проводити багато нічних операцій із зачистки в навколишній місцевості, що було жакливо. Нам не дозволяли використовувати жодного світла під час зачистки приміщень у спорудах, і оскільки нічні приціли працюють лише на підсиленні існуючого місячного та зоряного світла, задача полягала в тому, щоб просто заходити в повну темряву, намагаючись триматися прямо, щоб у разі пострілів вони, найімовірніше, влучали в передню пластину броніка. Ми чекали кілька секунд, а потім, якщо в нас не стріляли, оголошували, що приміщення чисте.

Під час однієї з таких зачисток трапився випадок, який на той час здався смішним, проте залишився зі мною і часто повертався у нічних кошмарах. Я увійшов в одне з таких темних приміщень, готовий чекати кілька секунд, і якщо не підстрелять, то виголосити це приміщення чистим. Увійшовши, я відмітив, що воно було дещо більшим, ніж зазвичай, і з вищою стелею. Трохи місячного світла просочувалося крізь щілину в стелі і я міг щось нечітко роздивитися в темряві. Нічого не сталося, і я тільки почав повертатися, щоб йти, коли пролунав кашель, і я раптом відчув, що щось насувається на мене. Я хутко розвернувся, підняв рушницю й намацав спусковий гачок. За долю секунди подумав: «В приміщенні людина; там Мінотавр. О, це корова». Я втрапив у приміщення, повне великої рогатої худоби, і не було нікого іншого. І ледь не пристрелив допитливу темно-коричневу корову,

яка прийшла подивитися на мене, до зубів озброєного наче Універсальний Солдат (Universal Soldier), що серед ночі ховається у корівниках.

Перебуваючи на варті в сангарі біля головного входу до комплексу Сангін ДС, я отримав по радіо повідомлення, що передбачається спроба самопідриву, і що підозрювані — жінка та дитина. Не минуло й 20 хвилин, і я побачив, як по доріжці просто в моєму напрямку рука об руку йшли жінка з дитиною. Жодних причин йти саме цією доріжкою в них не було, хіба що вони прямували до головного входу. Я зрозумів, що за декілька секунд мені доведеться зупинити їх і якимось чином з'ясувати, що їм треба. Що б я робив, якби вони не зупинилися? У таких ситуаціях на контрольно-пропускних пунктах завжди було дуже складно орієнтуватися, легко виникали непорозуміння, бо ми не знали їхніх мов і мали тримати дистанцію. Одним із моїх найбільших страхів було випадково застрелити невинну людину або що моє вагання може призвести до загибелі моїх друзів. Вони підійшли ближче; вони прямували до воріт. Я був наляканий. Я не міг застрелити жінку та дитину, але це те, що я мав зробити, якщо вони не зупиняться; я також не міг дозволити їм вбігти і підірвати себе та вбити мого друга, який чекав біля воріт для перевірки. Що б я зробив? І досі не знаю. В останній момент вони зійшли з доріжки й подалися назад до міста.

Під час мого перебування в Сангіні я все більше розумів, що це розгортання мало на меті не лише допомогу нації в усуненні нав'язаного контролю божевільного фундаменталістського режиму Талібану та встановлення мирного правління. Все було набагато складніше, тож в мене виникли питання щодо нашої участі.

Десь після двох місяців у Сангіні нас передислокували до Гармсїра (Garmsir), найпівденнішого міста, утримуваного британськими військами в Гельменді. Саме місто і Британська база FOB Делі (FOB Delhi) фактично перебували в облозі з 2006 року. Нам сказали, що там ми будемо битися з окупів. Я пам'ятаю свій сон, коли ми ще були в Бастіоні, мені наснилося, що я відчайдушно боровся один у траншеї, щоб стримати нападників. Цей сон запам'ятався мені, бо дуже точно справдився.

І знову «Чінук» переправив нас на артилерійську базу в пустелі поблизу Гармсїру (Garmsir), а потім ми переїхали до іншої бази, де й розмістилися. Звідси ми утримували смугу землі між річкою Гельменд (Helmand River) і каналом. Наш розпорядок складався з трьох днів охорони/резерву та трьох днів патрулювання. Ми мали забезпечувати охорону, посилювати патрулі на блокпостах і здійснювати рейд через канал, здебільшого вночі, до районів, контрольованих талібами на південному сході. Ми влаштовували засідки, здебільшого безуспішні, а потім нас атакували таліби, коли ми виходили вранці. Потім ми проводили три дні на одній із двох передових позицій, які називали «блокпостами». Тут зчинялася страшна стрілянина. На цих позиціях нас атакували багато разів на день, при цьому стрілянина іноді тривала по кілька годин. Коли по нас відкривали вогонь, ми всі стрибали на лінію вогню і палили по талібах з усього, що могло стріляти. Все це

було настільки регулярним, що стало здаватися звичною і навіть нудною справою. Я пам'ятаю, як мене вилаяв сержант після однієї з таких заварух. Замість того, щоб стежити за подальшими діями, я розсіяно колупав пляму на руці. «Ворог, Боланде, а не плями», — сказав він, і я зрозумів, наскільки вже звик до цього.

Деякі з перестрілок відбувалися дуже близько. Під час одної з них таліби просуваюлися вперед і вочевидь збиралися штурмувати базу. Я підносив боеприпаси для двох наших кулеметів, які були єдиним, що стримувало їх. Я забіг до складу боеприпасів і виявив, що у нас залишилася остання коробка патронів для GPMG. Пам'ятаю, як мій зір звузився до тунельного фокусу, ніби в сцені з фільму жахів. Тоді деякі таліби спробували прорватися на міст, і проти них застосували клеймори (M18 Claymore — міна спрямованої дії). Це було брутально. Чорні фігури в пилу, потім удар, потім — нічого. Намить ми побачили міст, бо пил, дим і люди розвіялися вибухом. Решта відступили, стрілянина вщухла, пил осів, ніби нічого не сталося.

Після кількох отаких місяців служби підійшов час відпустки, тому я здав свою додаткову зброю, застрибнув у «Чінуку» і вилетів назад у Кемп Бастіон разом із двома іншими хлопцями з нашої роти. Коли ми злетіли, нас обстріляли, але були застосовані контрзаходи і снаряд пройшов повз вікна. Перекладач, який летів з нами, змочився, але ніхто нічого не сказав навіть коли сеча потекла по підлозі.

У Кемп Бастіоні я вмився і поголився, адже там це вже було обов'язково, і до самого свого рейсу насолоджувався їжею в їдальні. Почистив і здав свою зброю, боеприпас та бронежилет, після чого ми полетіли до Кандагара, де від'їдалися в американській їдальні та фастфудом. Серед іншого мали можливість спостерігати, як американські та канадські військові намагалися взяти автографи в зірок з команди чірлідінгу. Після очікування у величезному ангарі ми піднялися на борт Tri-Star і полетіли до Сполученого Королівства на тиждень свободи. Чи повернувся б я? Один із хлопців самовільно залишив службу під час своєї відпустки, а багатьох інших хлопців із територіальної армії, яких я знав, евакуювали з тієї чи іншої причини. У Гармсірі ситуація справді загострювалася, і хоча я вже звик воювати з фіксованих позицій, побоювався, що коли наступного разу ми стикнемося з ворогом, настане повний хаос. Просто я зовсім не хотів знову то пережити — це ставало надто божевільним, і я гадки не мав, що мені робити. Адже мое везіння може вичерпатися.

Ми прилетіли до Брайз Нортон (Brize Norton), де мене зустріли мої університетські друзі. Поки їхали автострадою, я все ще був у своєму однострої та броніку. Тому машинально помічав, як машини мчать дуже близько від нас, і я маю помахом руки їх зупинити та навести на них зброю. Втім, мені такі вдалося забути про Афганістан і про повернення туди, адже весь тиждень я був п'яний як хлющ. Потім мене у стані повної очманілості відвезли на місце збору та увіпхнули в чергу на зворотний рейс.

Ще через кілька тижнів нам сказали, що ми повинні залишити Гармсір і повернутися до Кемп Бастіону, після чого кудись там передислокуватися. Однак перед тим наша рота мала вдарити по талібах, зачистити ворожі позиції перед нашою лінією та відкинути їхній фронт назад на південь.

Пам'ятаю, як кури́в сигарету за сигаре́тою в очікуванні збору роти. Нарешті вся рота зібралася, багато хто був на межі істерики. Посередині майданчика хтось намагався влаштувати танцювальний батл, але багато хто, зокрема я, були тихішими, зайняті перевіркою спорядження й просто стояли, охоплені зростаючим відчуттям тривоги. Багатьом із нас, рядових, доводилося лягати на рюкзаки, щоб вдягти лямки, а потім хтось допомагав підвестися на ноги, оскільки рюкзаки були дуже важкими. Пам'ятаю, помітив неформальність, майже дружлюбність і слова (тепер уже забуті), якими нас піднімали. Для мене це посилювало зловісне передчуття, яке оповило цю операцію. Я не знав, як витримаю ці нескінченні години дратуючої нудьги на додачу до болісної втоми. Як виявилось, мені й не довелося.

Здається, одну точку ми вже зачистили і почали просуватися до позиції, де по нас вдарили. Я відійшов приблизно на десять метрів від траншеї, коли ніч розірвав раптовий вихор вогню. Миттєво впав на землю й кілька разів вистрелив у пекло переді мною. Піднявши голову з бруду, побачив перед собою та наді мною палаючий рій трасуючих куль й кручений політ активно-реактивних гранат (Rocket Propelled Grenades — RPGs), в темряві схожий на вогняні колеса. Все це розривалося і сунулося до мене з того місця, де на мить раніше розташовувалася секція 2.

Ліворуч я побачив Клеона ('Cleon'). Його обличчя було в бруді. Я перекотився до нього — можливо, на п'ять метрів — і пам'ятаю, коли дістався до нього, почав кричати «в Клеона поцілили!». Він не відповів. Незабаром з'явився Аякс ('Ajax'), ми разом схопили Клеона, який на той момент прийшов до тям. Він підвівся і, здається, побіг назад до траншеї. Ми з Аяксом хотіли за ним, але ледь підхопилися, аж я почув як повітря розірвали звуки пострілів. Озирнувся і побачив, що Аякс опустився, а кров, чорна в темряві на тлі білого камуфляжу, стікала з-під броніка. Він рухнув долілиць, а я схопив його і вже хотів повернути назад до траншеї, але коли потягнув, він підвівся, щоб побігти зі мною, і я мало не впав на землю. Я виставив руку, щоб пом'якшити падіння, і кулі прошили землю навколо моєї витягнутої правої руки — кілька влучили трохи попереду, а кілька трохи позаду. Проте я все ж втримався на ногах і все ще не відпускав Аякса лівою рукою, тож ми разом звалилися у траншею. Я скинув Аякса на медиків, а сам повернувся, щоб вести вогонь з-за бруствера на краю траншеї. В траншею почали поспіхом застрибувати й інші хлопці, ошелешені від шоку та засліплені від сигнальних ракет.

Арнольда ('Arnold') поранили збоку в голову, але його шолом зупинив кулю. Він втрачав свідомість і марив — у якийсь момент хтось мав сісти на нього, щоб він не вибіг з траншеї під ворожий вогонь. Мені тим часом наказали зачистити траншею. Я закріпив багнет і поповз. Постійно переміщаючись, зробив ще кілька пострілів вздовж траншеї в бік талібів. Мені

здалося, що я наче почув пуштунські голоси та рух в траншеї, також я уривками пам'ятаю, як чув, що мої постріли у щось влучали зі звуком, схожим на ті, що поранили Аякса. Коли намагаюся пригадати, що саме сталося у тій траншеї, в голові лише плутанина і темрява. Іноді мені здається, що я пригадую більше деталей, але мій розум дає відбій. Загалом я використав 17 патронів під час тієї перестрілки, що тривала від трьох до шести годин. Пізніше в Келлі Кале (Cally Calay) приблизно за п'ять хвилин я витратив 11 з половиною магазинів з 30. Тож, думаю, що більшість часу я, мабуть, просто був в оціпенінні й заривався глибше у траншеї, коли важкі снаряди та ракети розносили укриття. Наші радейки доносили до нас сяку-таку інформацію про те, що відбувалося деінде, і це лише посилювало сум'яття. З плином років я начебто спромігся звільнитися від вкарбованого в пам'яті голосу, який у відчаї щось булькотів, і благань не залишати, що потроху згасали. Але я не можу забути, що колись пам'ятав їх. Саме через те радіо я почув, як хтось сказав, що я загинув.

Саме тоді принесли в траншею Джуніора ('Junior'), і я пам'ятаю як Арнольд, ошелешений і ридаючий, намагався втиснути мізки назад у голову хлопця. Ще пригадую, ми з Сайрусом ('Sygus') вилзли з траншеї, щоб допомогти пораненому Діві ('Dewey'). Поки ми тягнули його назад у траншею, йому ще влучило в стегно і в живіт. Він був блідий і не відводив від нас очей, водночас був дуже спокійний, бо йому вкололи морфін. Діві жестом подякував мені, адже я у відчаї віддав йому весь свій перев'язочний пакет, зовсім йому непотрібний.

Перед тим як виходити на зачистку траншеї, я прикріпив багнет, а коли вже повертався, то, наскільки пам'ятаю, хотів засунути його назад у кріплення на передній плиті броніка, але замість цього впустив вістря у землю. Я повернувся без нього.

Ми відійшли за якісь старі будівлі. Авіаційна підтримка почала скидати 1000-фунтові бомби, щоб допомогти нам вийти з бою. Тож довелося попадати на землю та відкрити роти, щоб вберегтися від вибухових хвиль. Пам'ятаю, як маленька доля секунди, коли стіни навколо нас вщент розлетілися, розтягнулася на століття, а стіни повільно здригнулися й розпалися на моїх очах. Якійсь уламок впав Сайрусу на голову і збив його з ніг. Потім кілька автомобілів «Вікінг» спромоглися до нас дістатися. Ми поклали туди поранених, а самі рушили пішки.

Сонце сходило. Я пам'ятаю відчуття полегшення, коли біг назад до безпечних окопів, хоча в бою було вбито двох наших друзів і багатьох поранено.

На базі ми були у безпеці, проте той ранок неначе оповитий туманом. Взагалі того дня час минав якось дивно: люди усамітнювалися і завжди десь хтось плакав. Пам'ятаю, як сам лежав під москітною сіткою і плакав, здається, кілька годин поспіль. Того ж дня було проведено інвентаризацію та підготовку до виїзду. Згадую, як очікував на команду завантажуватися у гелікоптер, і як відчував, що досі живий, і від того мені було і радісно, і моторошно.

Після всього, що сталося, повернення до Кемп Бастіону здавалося дуже дивним; розгубленість викликала навіть така дрібна фігня, як-от гоління або черги в їдальні. Тож я почав почуватися дивно ще до того, як повернувся додому.

Ми тренувалися на стрільбищі і мене вилаяли за те, що я переключився на автоматичний режим і розніс мішень. Але я навіть не усвідомив, що зробив це! Іншим разом під час відпрацювання бойових прийомів мій сержант помітив, що я замислився, і майже відправив мене назад до наметів, але я не дозволив йому цього зробити. Він обійняв мене й дуже розчулився — це було дивно.

Я зламався під час дзвінка мамі з Кемп Бастіону, а пізніше побачив падре (капелана). Я розповів йому про своє розчарування, а він відповів мені, що «не думає, що в моєму серці відбулися такі глибокі зміни», і що наша місія була моральною та цінною. Така бездушна відповідь мене страшенно розлютила.

Ми мали довгезелзну «надихаючу» промову від старшого офіцера про те, наскільки важливо для нас «продовжувати битися з ворогом». Це він розповідав нам, хлопцям віком від 18 до 20-ти з чимось років, в яких щойно було вбито та покалічено багато друзів. Я тоді на нього дуже розізлився, адже він сам до ворога і на ніскілечки б не наблизився.

Після цього було ще багато інших операцій, коли ми воювали в долині Гареш (Garesh Valley), і я все більше ставив під сумнів моральність війни та безглуздої трати життя.

Зрештою настав час, коли нас замінили і ми вирушили в пустелю, куди прибув «Чінук», який висадив Колдстрімських гвардійців (Coldstream Guards) в абсолютно новій, чистій пустельній формі, а ми піднялися на борт, співаючи Merry Christmas. Потім ми повернулися до Кемп Бастіону. Пройшли всі процедури здачі зброї та пакування спорядження і зрештою вночі опинилися на аеродромі. Піднялися сходами на борт «Трі-Стар» і полетіли додому.

Ми не поїхали на Кіпр для «декомпресії», як мало бути, а повернулися прямо до Великої Британії.

Зранку там відбувся швидкий парад і звільнення на вихідні. Я поїхав до свого рідного міста. Був Хелловін. У місті було повно дівчат у мініспідницях із диявольськими рогами, кінськими головами та у костюмах терористів-смертників. Хтось побачив мою форму і запитав, чи я когось вбив. Дівчина, з якою я був, кричала на них, щоб вони мене про це не питали, але я не звертав уваги.

У понеділок ми повернулися до казарм, тинялися там, розбирали та чистили спорядження, зробили кілька пробіжок і чекали звільнення та демобілізації решти солдат-територіалів. Без особливого наміру я тримався осторонь і не пам'ятаю, щоб багато говорив. Мій сержант помітив це, та я все заперечив, хоча тепер вже вважаю, що почувався відокремленим і просто хотів піти.

Справа охорони нашого психічного здоров'я вичерпалася тим, що всю роту завели в ангар і доповіли, що деякі люди погано реагують на бойові дії, тому попросили зал, повний молодих чоловіків, підняти руки, якщо

вони відчують, що могли б мати проблеми. Неймовірно, але жодна рука не піднялася.

Зрештою нас відправили на демобілізацію і ми почали заповнювати папери, які б перетворили нас з кадрових військових на цивільних та територіалів за сумісництвом.

Ми вийшли у місто і я тупо напився. Пригадую, як у якійсь момент я плакав у клубі, а потім біля магазинчику з кебабами з кимось побився. Далі, пам'ятаю, мені завели руки за спину, наділи кайданки і завантажили у поліцейську машину.

Прокинувся я наступного дня в порожній камері і, як з'ясувалося, на мене чекала купа клопоту. Зокрема, один з поліціантів сказав мені, що той хлопець є морським піхотинцем і тепер він в лікарні зі зламанною щелепою. Я був у заціпенінні і мало що міг пригадати. Мене допитали, призначили дату судового засідання і передали двом капралам. Тим часом усі інші хлопці завершили свої справи і демобілізувалися. Я ж розібрався з медичними та фінансовими паперами, але демобілізуватися міг лише після судового розгляду.

Невдовзі мене звільнили з регулярної армії. Мені не було де жити, тому я повернувся в рідне місто. Таким було моє останнє спілкування з армією.

Отже, я опинився з судимістю, без роботи і жив то у мами, то в своїй дівчини. Загалом все було не так вже й погано, адже я мав притулок, трохи грошей, щоб перебитися, поки знайду роботу. До того ж я був страшенно радий, що досі живий та здоровий, і що Афганістан я залишив позаду і це більше ніколи не повториться... але не так сталося, як бажалося.

Гуляючи вночі, я бачив силуети фігур, освітлених зеленим світлом. Людину, яка помирала з вибитими пострілом кишками, мертвого пса, що згорнувся калачиком у тіні; потім мені снилося, як я підкрадаюся до Мінотаврів, уві сні я бачив та чув як кричали друзі, а я не міг їм допомогти, як я вже мертвий слухав радейку. А коли наснилося, що я тікаю із засідки, то прокинувся з хворими литками. Я постійно бачив загинувших з чужими обличчями і точно знав, що це саме вони, попри те що виглядали вони інакше.

Мене охопила лють через весь жах, несправедливість і безглуздість війни, де я брав участь, водночас я також відчував таку саму лють до тих, хто мене оточував, хто не пройшов через це і лише переймався своїми дрібними переживаннями. Я почувався дуже відчуженим від суспільства та оточуючих. Значною мірою я це приховував.

Я надто часто вступав у бійки. Відчував, що весь час повинен реагувати швидко, не дозволяти собі сповільненої реакції та проявів слабкості. Я бачив агресію в кожній ситуації, від автомобілів, що їдуть позаду мене, і до пішоходів на тротуарі. І щоб позбутися такого страху, я став обирати небезпечніші маршрути. Я завжди добре передбачав можливість насильства в будь-якій ситуації. Я все ще виглядав «молодих людей бойового віку», як нас вчили виявляти бойовиків Талібану.

Мої реакції почали лякати мене і підштовхували до подальшого уникнення соціальних ситуацій. Проте мені також було важко залишатися наодинці з

собою. Від почуття ейфорії, що я вижив і тепер можу досягти чого завгодно, я перейшов до відчуття власної непотрібності та незначущості і вже думав, що даремно вижив. Я витратив усі свої гроші, так і не знайшовши роботи. Намагався виправити це, доводячи себе до крайнощів. Деся волонтерив, десять стажувався, проте все було марно. Потім я працював на трьох роботах одночасно, їздив по усьому графству до пізньої ночі, встановлюючи феєрверки, і ніколи не казав «ні» на жодну пропозицію. Напруга почала проявлятися. Я знову втратив роботу. Відчував, що ні на що не годний і вже нікому не довіряв. Я був підозрілий і боявся бути використаним. Мене дратувало і погане ставлення, і заступництво. Я був не в змозі впоратися з напруженням, з надзвичайним рівнем стресу та панікою з приводу таких простих речей, як розрахунок в касі магазину.

Афганські події раптово пролізли до мого повсякденного життя без попередження, з усіма емоційними потрясіннями та фізичними реакціями на первинний досвід. Тоді мені це не спало на думку, але, працюючи з феєрверками, я опинявся серед шумів та вибухів і майже насолоджувався цим, бо воно повертало мене до відчуття нормальності. Вигляд розбитих споруд у несподіваних місцях повертав мене до Гельменда. Навіть джміль нагадував звук «Чінука» і викликав потік спогадів про Афганістан. Мене жахав гелікоптер, що летів над головою, і я відчував пекучі спалахи гніву через шуми чи якісь несподіванки, а потім мені було потрібно багато часу, щоб оговтатись. Боліли шия, плечі та спина, а голова вибухала від болю без видимої причини. Я був постійно напруженим, мої м'язи спазмувалися та боліли. Мій артеріальний тиск піднявся настільки, що мені поставили монітор. Я міг чути звуки бою, куль, що роздирали шкіру. Я здригався. Відчував відчуження. Я не був упевнений, чи той саме «я» повернувся до Великої Британії. Чи я знаходився в просторово-часовій альтернативі, не синхронізованій з рештою світу? Уві сні я переживав паніку і повернення до дитинства, можливо, намагався вхопитися за людину, якою був раніше. Я був так близько до смерті і довкола мене було стільки болю та страху, що я почав відчувати, що все це дійсно сталося зі мною. Я помер, а якийсь самозванець повернувся. Я сумнівався в реальності всього, навіть моїх найдорожчих переконань і досвіду, тому що події в Афганістані поставили під сумнів мої уявлення та бачення світу.

Мені було огидно суспільство. Від ненависті до ворога я зненавидів моє власне суспільство і тих, хто послав мене туди. Території, де я воював, були захоплені американцями, а потім покинуті. Це посилювало безглуздість мого перебування там. Здавалося, не було жодної надії, що війна завершиться якимось так, щоб ми могли вважати час, проведений там, вартим зусиль. Я відчував, що не можу озвучувати свої проблеми, що я чомусь не маю на це права. Я почувався використаним і відкинутим, почувався ніяковим, сповненим провини та сорому. Напруження у відносинах з родиною та друзями зростало, і врешті-решт я зламався під час телефонної розмови з мамою у 2012 році. Я припускав, що помру. Це важко змінити.

Зрештою я жив один, і саме тоді над усім тим замислився. Я не спав; мене звільнили з роботи; в домі не було їжі і я їв старі сирі вівсяні пластівці просто з пакета. Врешті-решт я почав боятися виходити з дому. Впадав у ступор і згодом помічав, що великі проміжки часу просто зникали. Я сидів на даху одягнений у пустельну куртку, яку не повернув коли демобілізувався, і навіть не думав, що все це ненормально. Тепер розумію, що я входив у той стан, що дозволив мені вижити в Афганістані. Я асоціював сон зі смертю і підсвідомо не вірив у майбутнє.

Сплески спогадів, фізичні реакції та емоції поглинали мене, і тепер я усвідомлюю, що перебував у дуже небезпечній ситуації. Зокрема, однієї ночі я був дуже близький до того, щоб втекти від усього цього. На щастя, я встиг зателефонувати людині, що виявилася дуже хорошим другом. На мій подив, він, здавалося, знав, що відбувається. Він приїхав і сидів зі мною, поки я ніс якусь нісенітницю про те, в яке жалюгідне багно я перетворився. Саме він запропонував звернутися до Combat Stress і дав мені посилання на сайт.

Дивно, але саме в той час, коли я впав на саме дно, я зустрів жінку, яку кохаю (і яка тепер є моєю дружиною). Я знав, що десь під усім цим жахом, сумнівами та сум'яттям я все ще проживав своє життя, яке любив і хотів повернути. Дуже важко було поєднати ці дві речі. Я хотів бути чесним і хотів, щоб вона зрозуміла, що відбувається, і не думала, що моя дивна поведінка визначала справжнього мене. Але я й сам не до кінця все розумів, мені було ніяково і соромно за свої слабкість та дурість. Я боявся, що все це може відлякати її, і що Афганістан забере ще одну частину мого життя. Вона була чудовою, чуйною і прагнула зрозуміти. Здавалося, що навіть під час нашого тодішнього короткого знайомства вона знала, що поведінкові симптоми це не я сам, а щось таке, що можна подолати за належної допомоги. Вона підтримала мене та допомогла зв'язатися з Combat Stress в пошуку допомоги. Ми прийняли правильне рішення і переїхали разом до нової квартири в тихішому і зеленому районі недалеко від моря.

Тож минуло сім років з мого від'їзду на війну в Афганістані. Я двічі відвідав Combat Stress для оцінки мого стану, провів там ще два тижні для діагностування, і от я вже зарахований до шеститижневої програми інтенсивного лікування в Combat Stress, Surrey. Дуже важливою частиною програми було навчання про те, що є дуже складним станом. Виявивши різні симптоми та визнавши, що це не божевілья, притаманне тільки вам, а звичайна реакція на екстремальні події, можна побачити, що інші проходять через те ж саме. Почали руйнуватися шари заперечення та сорому, які існують навіть попри те, що ти вже визнав, що потребуєш допомоги. Тепер я бачу ті самі етапи розвитку мого стану після повернення з Афганістану — незнання, заперечення, уникання, самолікування, зрив, визнання.

Індивідуальна когнітивно-поведінкова терапія займала центральне місце в курсі, але мені все ще було важко визнавати і переказувати події, які призвели до цього стану, та розкривати їх надалі. Я застряг на своєму шляху, коли намагався розкласти події у хронологічному порядку, тому що мої

спогади були надто заплутаними і бурхливими. Combat Stress назвав би їх «спогадами без дати». Саме ці необроблені спогади змушують тебе переживати травматичні події так потужно, що ти не можеш сформувати з них повноцінні спогади і натомість отримуєш повторну травму, бо вони знов і знов повертаються, а ти їх знов блокуєш.

Буває дуже важко підтримувати зв'язок з людиною, якою ти був у такому стресовому стані — як під час початкової травми, так і тоді, коли ти її пережив. Необхідно залишатися на зв'язку і проявляти ці почуття, не коритися їм знову. Мені потрібен був спосіб подолати це повторне переживання з усіма його неприємними супутніми реакціями, після чого я мав би почати розбиратися з накопиченим стрімким потоком переживань, які вимагали уваги.

І я отримав такий спосіб саме від арттерапії. На заняттях нам давали матеріали для творчості та якусь тему. Потім давали час, щоб намалювати олівцем або фарбами все, що заманеться. Коли всі завершували, пропонувалося показати та обговорити свою роботу з рештою групи. Роблячи свої перші арттерапевтичні зображення, я відчув, що греблю прорвало. У ті моменти я зміг відпустити та оцінити роки невисловленої туги. Арттерапія допомогла мені зануритися до мого виру емоцій та образів і викристалізувати їх у щось тривале, про що я потім зміг рефлексувати далі. Мені вже вдалося зафіксувати момент цього хаосу, замість того, щоб безкінечно переживувати все без жодної користі.

Виконати швидкий нарис зображення, а потім зробити крок назад, поглянути на малюнок ще раз і обговорити його з іншими було складно, але неймовірно корисно. Часто важливі аспекти зображення ставали очевидними лише з другого погляду. Траплялося, що інші ще щось помічали або знаходили інший спосіб інтерпретації зображень, і це давало шалений інсайт та дозволяло побачити все під іншим кутом зору. Така практика допомогла просуватися далі, а не товктися на місці. Я почав висловлюватися прямо, без «перекладу», щоб натякнути на те, що вважаю надто жакливим, щоб озвучити, і позначити етапи мого шляху. Потім я зміг використати ці зображення для показу на моїх індивідуальних сеансах когнітивної поведінкової терапії як відправну точку. Це покращило мою взаємодію і допомогло розвинути подальший інсайт.

Сеанси арттерапії та творчої діяльності у відділенні ерготерапії дозволили мені порозумітися з травмою через щось приємне та усвідомлене — уповільнити приплив емоцій і відчуттів, що може бути нестерпним, якщо намагатися переказати це у прямій терапії чи розмові. Відтак переді мною відчинилися двері до того, що я вважав втраченим через травму, і я заново віднайшов сильні сторони навичок, чутливості та співпереживань. Крім того, я побачив успіхи, що отримав на шляху до одужання, і навчився їм радіти. Творчі підходи забезпечили спосіб опанувати наново відкриті навички, які допомагали приборкати та розпізнати травми, яким я мав протистояти.

Мінотавр (Мал. 2.1) — моє перше зображення на заняттях з арттерапії. Я намалював його так, як бачив у своїх повторюваних спогадах про випадок

під час нічної зачистки приміщень у Сангіні. Це допомогло мені представити жах ситуації та мої страхи на початку лікування в Combat Stress, коли знову виринули ті спогади. Хоча, на перший погляд, в історії з Мінотавром і було над чим посміятися, проте він також увібрав у себе відчуття жаху та темряви, які я відчував, розповідаючи про засідку в Гармсірі, й ті жахи знову повстали переді мною.

Працюючи над цим малюнком, а також над тим, де зобразив жінку з дитиною, які йшли вбік головного входу до Сангіну (Мал. 2.2), я зрозумів, що навіть не помічав, як багато підсвідомого криється у цих образах. На малюнку були лише дві фігурки, які наближаються до контрольно-пропускного пункту, і лише пізніше, коли я відвідав свою маму, то помітив, що форма та пози фігур, і навіть їхнє розташування, були майже такими ж, як і на малюнку, де наша домогосподарка зобразила як моя мама зі мною, маленьким карапузом, гуляла в парку біля дому.

Один ветеран з нашої групи запропонував тлумачення, яке допомогло мені подивитися на ситуацію під іншим кутом. Він вважав, що *Мінотавр* виглядав так, ніби тремтів від жаху, і це могло бути віддзеркалюванням моїх почуттів. Отже, я мусив прийняти бачення третьої особи. Дійсно, хтось, зображений на малюнку як силует, міг налякати.

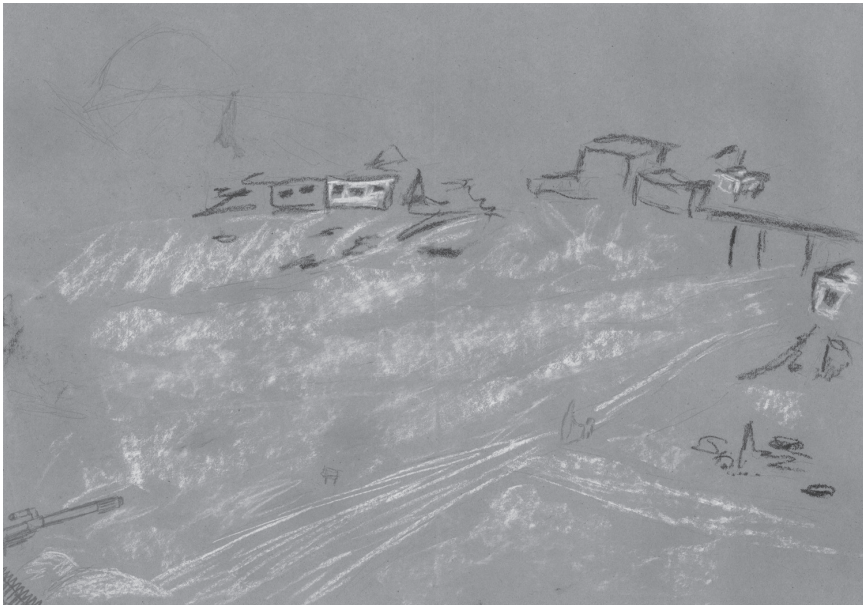
А ще я ліпив різні речі і написав вірш про смерть людини у Сангіні. Цей випадок глибоко засів у моїй пам'яті. Процес виконання цих робіт допоміг



Малюнок 2.1 «Мінотавр», Клемент Боланд

мені розібратися з іншою значущою подією через розгляд моєї ролі і через повагу до того, кого я тоді не зумів оцінити. Лише після цього я зміг описати цей випадок простою мовою як частину моєї розповіді. *Солдат-Клон* (Clone Trooper) (Таблиця 2.1) допоміг мені виплеснути деякі з почуттів гніву і розчарування через те, що тебе сприйняли за дурну дитину і використали в жажливий і огидний грі. Ця робота стала результатом участі в сесії, коли нам запропонували обрати картинку, яка більше до вподоби, з добірки листівок на малюнку 2.2 «Жінка та дитина» з репродукціями різних творів, а потім зобразити те, на що нас це підштовхнуло. Я обрав роботоподібний бюст з фільму Джейкоба Епштейна «*Перфоратор*» (Jacob Epstein's *The Rock Drill*) (1913–1914) та вибуховий сарай з фільму Корнелії Паркер «*Холодна темна матерія: Розірваний вид*» (Cornelia Parker *Cold Dark Matter: An Exploded View*) (1991). Бюст нагадав мені бойового дроїда із «Зоряних воєн», втім, мене вразила дуже людська та емоційна природа його пози. Сарай, наповнений пам'ятними речами скульпторки, а потім підірваний британською армією, змусив мене замислитися як про фізичний вплив наших дій на життя багатьох афганців, так і про психологічний вплив цих подій на наше власне життя.

Роздуми, що виникли під час перегляду цих зображень, і створення пов'язаного з ними малюнку допомогли мені потроху відкривати деякі з моїх дуже суперечливих почуттів щодо подій в Афганістані та моєї участі в них. Я думав про «*Повернення джедая*» (Return of the Jedi), але в стилі «*Взвод*»



Малюнок 2.2 «Жінка і дитя», Клемент Боланд

(Platoon), де штурмовик виступає одночасно і жертвою, і виконавцем жакіть у заплутаному та невизначеному конфлікті.

Малюнок пастеллю «*Караван верблюдів*» (Camel Train) (Мал. 2.2) був зроблений у відповідь на дві теми сесії «рух» і «візерунки». Я малював і згадував, як стояв на варті та спостерігав каравани верблюдів, що повільно пропливали вдаль над зубцями долини Гельменд. Пам'ятаю, як їхні тіні, надзвичайно довгі в помаранчевому світлі низького, масивного сонця, за своєю формою та розміром здавалися динозаврами. Цей образ відображав щось із моїх відчуттів у ті спокійні моменти між страхом і насильством: красу й вічність цього місця, марність нашої боротьби та всього пов'язаного з нею болу перед обличчям повільного циклу існування. І оскільки і нагальність пригоди, і важливість справи, які ти відчував як молодий солдат, з часом втрачають значення, все, що залишається, — це особистий вплив від усіх тих зрештою безглузких маленьких індивідуальних жакіть; відчуття, що тебе використали; дивна ностальгія за часами, коли все це здавалося важливим; і відчуття, що життя, хоч і швидкоплинне, все ж надто довге, щоб пам'ятати такі речі.

У міру просування мого лікування ця картина набула для мене нового значення. Через те що спогади та почуття почали змінюватися, я зміг глибше розвинути свій досвід, оцінити красу свого минулого та майбутнього і зрозуміти, що вони є чимось значно більшим, ніж тло страху та болу. Ця картина стала для мене символом мого повільного, але тепер очевидного руху вперед за допомоги Combat Stress.

І хоча у мене все ще виникають спогади, але після перебування у Combat Stress їхній фокус і перспектива почали змінюватися.

Так, вони все ще заважають, але почали піддаватися моєму впливу на травму і знизили свою частоту та інтенсивність. В одному спогаді про те, як людина вмирала і вхопила мене за ногу, я раптом опинився на місці того чоловіка, тоді я торкнувся дружини і відчув полегшення, втіху та спокій.

Завдяки саме такому процесу реабілітації я заново відкрив свої навички та відновлюю почуття власної гідності і взаємодії з навколишнім світом. Я краще можу оцінити всі аспекти свого життя, яке мені так пощастило мати. З народженням доньки 4 липня 2015 року моя родина поповнилася. В мене є можливість виставляти свої роботи, я почав вивчати дизайн в університеті, будує плани і просуваюся по шляху до успішної та стабільної кар'єри. Я почав вірити у майбутнє та дивитися вперед, а не жити в постійному страху перед минулим, яке хоче повернутися, щоб знищити мене.

Минуло вже майже 10 років з того часу, як я зміг описати свій досвід в Афганістані у хронологічному порядку. Лікування у Combat Stress допомогло мені сформувати інструменти для цього. Насправді я лише зараз починаю усвідомлювати, як ті події на мене вплинули, але через інсайт мистецтва, ерготерапії та розмовної терапії відчуваю, що творча та експресивна діяльності допоможуть мені досягнути примирення з моїм минулим.

Glossary

50 cal machine gun: 0.50 calibre heavy machine gun, mounted in fixed positions or on WIMIKs.

AWOL: absent without (official) leave.

Cally Calay: nickname for a big ancient fort we took and occupied in the Geresk area.

Chinook: a heavy, double-rotor helicopter used to transport troops and supplies.

Claymore: an explosive device that acts as a directional mine, spraying hundreds of ball bearings.

Countermeasure flares: flares set off by a Chinook when it comes under fire that confuses heat-seeking missiles by giving another heat source for them to lock onto.

FOB: Forward Operating Base.

GPMG: General Purpose Machine Gun.

Hesco wall: the cages and sack systems, which are filled with earth and used to build defensive positions.

Military structure: the army is divided into: divisions, brigades, regiments, battalions, companies, platoons, sections.

Paras: the Parachute Regiment.

R&R: Rest and Recuperation – brief home leave taken during your tour.

RPG: rocket propelled grenades – a favoured Soviet weapon of the Taliban.

Sangar: protected sentry post, watchtower or bunker used to detect early warning of activity.

Tracer fire: the glowing rounds included every few bullets in automatic fire – used to see where your rounds are hitting at night and to indicate where others should fire.

Tri-Star: RAF passenger aeroplanes.

Universal Soldier: film about futuristic cloned and automated soldiers.

WIMIK: Weapons Mount Installation Kit – open-topped vehicles with heavy weapons on the top mount.

Zeroing weapons: calibrating the weapon's sight.

Біологічні основи посттравматичного стресового розладу та відновлення

Кеті Кравітс

Вступ

У цьому розділі ми зосередимося на біологічному підґрунті посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та одужанні, доповненому інсайтами, отриманими від реального досвіду ПТСР, що описаний ветераном, автором Розділу 2, та його враженнями від застосування арттерапії як компонента лікування. Нещодавно розроблена модель, що об'єднує концепції гомеостазу, аллостазу та стресу, буде представлена як основа для розуміння патофізіології ПТСР. Крім того, в розділі розглядається сучасне уявлення про розлад, а також обговорюються фактори ризику та вразливості, що пов'язані з розвитком ПТСР. Ви дізнаєтесь, як саме арттерапія може допомогти відновленню після посттравматичного стресового розладу.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)

Що таке ПТСР?

ПТСР можна визначити як стан, що виникає внаслідок впливу насильства, яке вже сталося або загрожує, та коли початкова реакція страху не зникає (Yehuda & LeDoux, 2007). Симптоми, що використовуються для діагностики синдрому, включають повторне переживання, уникання, негативне усвідомлення, порушення настрою та збудження. Вони мають досягти рівня інтенсивності, який призводить до клінічно значущого дистресу — дистрес, який заважає професійному функціонуванню та/або стосункам (American Psychiatric Association, 2013). Дедалі більше доказів підтверджують клінічні спостереження підтипів ПТСР, які мають кластери специфічних симптомів і можуть виникати внаслідок специфічних вразливостей кожної окремої особи, її власного досвіду або досвіду членів родини людини, яка постраждала (Breslau, Reboussin, Anthony & Storr, 2005; Breslau, Troost, Bohnert & Luo, 2013; Lanius *et al.*, 2010).

Вразливості

Вже зібрано доволі багато доказів того, що численні змінні сприяють розвитку ПТСР. До них належать, зокрема, вразливості самого індивіда та такі, що стали наслідком умов навколишнього середовища, яким він піддається. Деякі описані в літературі фактори ще досліджуються, і до них належать й такі, що ускладнюють відновлення після травми (Yehuda & LeDoux, 2007). Сучасні теорії щодо вразливостей, які лежать в основі розвитку ПТСР, містять попередні характеристики особистості, як-от: генетична схильність, стать, ненадійна прив'язаність, вплив материнського стресу на плід і новонародженого, травми та ПТСР, дитячі й підліткові травми, зменшення обсягу гіпокампа, зміни функції мигдалини, дендритна гіпертрофія медіального префронтального кортексу, низький інтелект (Breslau, 2009; Chavez, McGaugh & Weinberger, 2013; Elzinga, Schmahl, Vermetten, van Dyck & Bremner, 2003; Lanius та ін., 2010; Roozendaal, Castello, Vedana, Barseganyan & McGaugh, 2008; Sherin & Nemeroff, 2011; Yehuda & LeDoux, 2007).

Вважається, що зниження рівня кортизолу в плазмі перешкоджає відновленню гомеостазу (Elzinga *et al.*, 2003). Низький рівень кортизолу зменшує гальмування секреції кортикотропін-вивільнювального гормону (CRH) і норепінефрину (NE), CRH/NE — двох речовин, які підтримують реакцію на стрес. Розгальмування цих речовин подовжує реакцію на гострий стрес і згодом підтримує розвиток симптомів, пов'язаних із ПТСР (Sherin & Nemeroff, 2011).

Розлад і травма, що призводять до розвитку порушення, формують цикл відчуттів, який створює комплексні вразливості для розвитку тривалих, а іноді й постійних симптомів, які можуть поширювати свій вплив не тільки на саму людину, але й на її майбутні покоління (Breslau, 2009).

Наслідки ПТСР та їхній вплив на лікування

Страждання є невід'ємною частиною переживання ПТСР. За визначенням, ПТСР пов'язаний з порушенням функціонування в деяких найважливіших сферах життя, зокрема у стосунках із собою та іншими, а також в успішній участі у важливій роботі. Ветеран, автор Розділу 2 Клемент Боланд, відтепер Клем, чітко описує це у своїй розповіді:

«Зрештою я жив один, і саме тоді все це приходило до мене в думках. Я не спав; мене звільнили з роботи; в домі не було їжі, і я їв старі сирі вівсяні пластівці прямо з пакета. Зрештою я почав боятися виходити з дому. Я впадав у ступор і помічав, що великі проміжки часу просто зникали. Я сидів на даху в незданій назад пустельній куртці, навіть не думаючи, що це ненормально. Тепер я знаю, що входив у той стан, що дозволив мені вижити в Афганістані. Я асоціював сон зі смертю і підсвідомо не вірив у майбутнє».

Крім того, у багатьох людей з діагнозом ПТСР додається ще й відчуття сорому. Зокрема, сором, пов'язаний із симптомами, сором, обумовлений помилковим переконанням, що діагноз є ознакою слабкості, і нарешті сором, спричинений тим, що ця людина була свідком і, можливо, учасником подій, які порушують глибоко укорінені моральні переконання. Лікування розладу правомірно зосереджено на виправленні та зміцненні психологічного дистресу людини. Для того щоб впоратися з моральним відчаєм, обумовленим таким станом, існує лише обмежена низка підходів (Litz *et al.*, 2009). Важливо, щоб всі сфери досвіду, на які впливає діагноз ПТСР, розглядалися як частина зміцнення.

Робота над творами візуального мистецтва дозволяє репрезентувати переживання та обробляти їх за межами себе самого. Це дозволяє клієнту підійти до пекучих негативних переживань, навіть тих, що пов'язані зі соромом і провинною, та визнати їх у такий спосіб, щоб це сприяло емоційній регуляції (Litz та ін., 2009). У посиланні на Табличку 2.1 Клем пише:

«Солдат-Клон (Clone Trooper) допоміг мені виплеснути деякі з почуттів гніву і розчарування через те, що тебе сприйняли за дурну дитину та використали в жадливій і огидній грі».

З огляду на вплив і наявні симптоми ПТСР широкі цілі терапії полягають у: (1) зниженні страждань, про що свідчить зменшення симптомів навантаження, та (2) зниженні функціональних порушень, про що свідчить пошук змістовного заняття та стабільних стосунків. Для того щоб зрозуміти основні механізми, що впливають на досягнення цих цілей, у наступних розділах наданий опис реакції організму на стрес і патофізіологію ПТСР.

Біологічні основи реакції на стрес

Еволюція реакції на стрес

Існує теорія, що реакція на стрес у ссавців розвинулася, щоб сприяти виживанню перед лицем загрози. На думку Гайнріха та Куба (Heinrichs and Koob, 2004), у відповідь на виникнення загрози (внутрішньої чи зовнішньої) організм мобілізує ресурси до рівня, достатнього для успішної протидії небезпеці. Периферична і центральна нервові системи та ендокринні процеси опосередковують відповідь на стрес. Усунення небезпеки дозволяє цим системам повернутися до попередніх рівнів функціонування. *Гомеостаз* описує базовий рівень функцій та найбільш тісно пов'язаний з добутками різних фізіологічних систем, залучених у відповідь на стрес. Багато з цих систем підтримуються через петлі негативного зворотного зв'язку. Наприклад, регуляція частоти дихання частково контролюється кардіореспіраторним центром, розташованим у довгастому мозку стовбура головного мозку, через петлю негативного зворотного зв'язку. Хімічні рецептори в кардіореспіраторному центрі виявляють підвищення і зниження рівня вуглекислого газу в крові. Кардіореспіраторний центр помічає підвищення рівня вуглекислого газу і

через блукаючий нерв діафрагма стимулюється до швидкішого розширення та скорочення, що спричинює підвищення частоти дихання. Коли рівень вуглекислого газу падає нижче певного порогу, кардіореспіраторний центр обробляє інформацію і стимуляція блукаючого нерва зменшується, що призводить до зниження частоти дихання. Рівень вуглекислого газу стабілізується і досягається гомеостаз. Все це відбувається без свідомого контролю.

Вважається, що з часом людський мозок розвинув здатність не лише реагувати на наявну загрозу, але й передбачати потенційну небезпеку (Sterling, 2012). Здатність передбачати та планувати відповідь опосередковується мозком і часто свідомо спрямовується. Переживання тривоги у відповідь на передбачувану загрозу спонукає до отримання нової інформації та розробки нових стратегій для створення безпеки і кращого виживання. Задоволення або насолода, що сигналізують про успішність стратегії, є результатом активації системи винагород. Це плинний процес, і баланс між занепокоєнням та винагородою являє собою *аллостатичний стан*, проактивну адаптацію до мінливих потреб організму (Sterling, 2012).

Гомеостаз і аллостаз та механізми їхньої підтримки специфічні для особин і видів. До недавнього часу реакція на стрес характеризувалася як спроба повернути організм до гомеостазу та аллостазу. Проте згодом Ромеро, Дікенс і Сір (Romero, Dickens and Cyr, 2009) запропонували нову модель, *модель реактивного спектра*. Відповідно до неї фізіологічні системи, які опосередковують традиційну відповідь на стрес, реагують по-різному в чотирьох різних діапазонах: (1) прогностичний гомеостаз; (2) реактивний гомеостаз; (3) гомеостатичне перевантаження; (4) гомеостатична недостатність. Ромеро та соавтори (2009) пояснюють, що зазвичай умови середовища визначають рівень медіаторів, необхідних для прогностичного гомеостазу. В реактивному гомеостазі необхідний медіатор визначається потребою у відповіді до непередбачуваних або загрозливих змін навколишнього середовища. Прогностичний і реактивний гомеостаз визначають «нормальний» діапазон відповіді, необхідної для індивідуума. Гомеостатичне перевантаження виникає, коли для підтримки організму потрібні медіатори вище цього нормального діапазону. Тривалі періоди гомеостатичного перевантаження несумісні зі здоров'ям. Гомеостатична недостатність виникає, коли медіатори нездатні задовольнити потреби організму. Це також несумісне зі здоров'ям.

Регуляторний діапазон і здатність до адаптації

Як вважають Ромеро і соавтори (Romero *et al.*, 2009), види та особини середини виду найефективніше працюють в певному діапазоні обставин. Цей діапазон відомий як *регуляторний*. Всі процеси та системи, що відповідають за виклики, здатні адаптуватися до прогнозованих вимог у своїх звичайних обставинах або у регуляторному діапазоні. Ця здатність відома як *адаптивна спроможність*. Стресор — це сукупність обставин, яка вимагає відповіді, що перевищує адаптаційну спроможність особини чи виду (Koolhaas *et al.*, 2011).

Предиктори регуляторного діапазону

Регуляторний діапазон може залежати від кількох факторів: розвиток, генетика і екологія (Belsky, Bakermans-Kranenburg & van Ijzendoorn, 2007). Коолхаас та соавтори (Koolhaas *et al.*, 2011) повідомляють, що пренатальне та неонатальне середовище матері може впливати на регуляторний діапазон. В одному дослідженні (Davis, Glynn, Waffarn & Sandman, 2011) виконувалося вимірювання пренатального материнського стресу у другому та третьому триместрах. Як індикатори використовували підвищені рівні кортизолу в сироватці крові матері. Протягом 35 годин після народження немовлята пройшли через процедуру, відому як «п'ятковий» стресор. Дослідження передбачає поколювання п'яти немовляти ланцетом. Пренатальний материнський стрес був пов'язаний із підвищеною реакцією кортизолу та затримкою одужання у немовлят, які зазнали «п'ятового» стресу. Результати цього дослідження свідчать про те, що пренатальний материнський стрес негативно впливає на здатність новонароджених відновлюватися після стресу. Своєю чергою Сюдерман і співавтори (Suderman *et al* 2012) провели велике міжвидове дослідження мишей та людей. На цьому матеріалі вони продемонстрували довготривалі зміни в поведінці та епігенетичному програмуванні гена глюкостероїдного рецептора в гіпокампі, що свідчить про наявність значних епігенетичних регуляторних відповідей у геномі на ранній життєвий досвід.

Глюкман та ін. (Gluckman *et al.*, 2009) припускають, що людина, яка піклується про матір, відіграє значну роль у створенні регуляторного діапазону дитини. Зокрема, якщо дорослі обставини відповідають регуляторному діапазону, який сформувався в процесі розвитку, тоді все працює добре. Якщо ж існує невідповідність між очікуваним відчуттям навколишнього середовища та фактичним відчуттям, то виникає «невідповідність» регуляторного діапазону (Godfrey, Lillycrop, Burdge, Gluckman & Hanson, 2007).

Обставини, що створюють вимоги до особини або виду, які перевищують адаптивну здатність цієї особини або виду, призводять або до неадекватної відповіді на загрозу, або до нездатності відновитися від загрози, коли її вже не існує (Koolhaas *et al.*, 2011). Ця концепція має вирішальне значення для розуміння того, що відбувається з тими людьми, які страждають на ПТСР. По суті, в їхнє життя вторгаються надзвичайні обставини. Ці обставини виходять за межі їхньої здатності до адаптації, і вони або неспроможні адекватно відреагувати, та/або неспроможні оговтатися від такого досвіду.

Системи реагування на стрес

Основними системами, які опосередковують реакцію на стрес, є симпатична адреномедулярна система (SAM), гіпоталамо-гіпофізарно-адренокортикальна вісь (HPA) і полівагальна система (Porges, 2001). Їхня роль полягає у ініціюванні і підтримці процесів, які розподіляють ресурси, необхідні для реагування на загрозу (Kravits, 2008).

У своєму описі підготовки до операції Клем змальовує, як готуються до дії SAM і НРА

Я пам'ятаю, як кутив сигарету за сигаретою в очікуванні збору роти. Ось уся рота зібралася, багато хто був на межі істерики. Я пам'ятаю, як посередині майданчика хтось намагався влаштувати танцювальний батл.

Симпатична адреномедулярна (SAM) система

Система SAM складається із симпатичної нервової системи, компонента вегетативної нервової системи, яка сама є частиною периферичної нервової системи. Симпатичні нервові волокна широко розповсюджені по всьому тілу. Норепінефрин (NE) є нейромедіатором симпатичної нервової системи. Норепінефрин належить до класу речовин під назвою катехоламіни. Норепінефрин вивільняється симпатичними нервовими волокнами в синаптичному з'єднанні з кінцевими органами (наприклад, гладкими м'язами кровоносних судин, зіницею ока та синоатріальним вузлом серця, тощо). Вплив NE включає підвищення частоти дихання, підвищення частоти серцевих скорочень, розширення зіниць, посилення кровотоку до довільних м'язів, зменшення кровотоку до шлунково-кишкового тракту та стимуляцію печінки до вивільнення глікогену, форми накопиченої глюкози. Вплив NE готує організм до реакції на загрозу шляхом збільшення доступного кисню та глюкози, поживних речовин, необхідних для функціонування великих м'язів, органів чуття та мозку. Активація системи SAM створює якнайшвидшу відповідь на загрозу, готуючи тіло до реакцій бий або біжи.

Гіпоталамо-гіпофізарно-адренокортикальна (НРА) вісь

НРА складається з гіпоталамуса, гіпофіза та кори надниркових залоз. Ця ендокринна система сприяє вивільненню глюкокортикоїдів. Розташована поблизу мигдалини, гіпокамп та префронтального кортексу, вона прискорює активацію гіпоталамуса. Гіпоталамус виділяє гормон, що вивільняє кортикотропін, який циркулює через кровоток до гіпофіза. У відповідь на вплив гормону, що вивільняє кортикотропін, гіпофіз виробляє адренокортикотропний гормон, який циркулює через кровоток до надниркової залози. Адренальний кортекс виділяє глюкокортикоїди у відповідь на вплив адренокортикотропного гормону. Глюкокортикоїд відіграє визначну роль у засвоєнні глюкози з глікогену печінки та вивільненні глюкози в кровоток. Глюкоза — єдина речовина в організмі, яку мозок може використовувати для живлення. Тож дуже важливо, щоб для мозку був доступний достатній запас глюкози, особливо коли існують підвищені вимоги до продуктивності всього тіла, а надто — мозку.

Полівагальна теорія

Полівагальна теорія, вперше описана Порджесом (Porges, 2001), припускає, що гілки блукаючого нерва, компонента парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи, виконують унікальні функції, включно зі сприянням варіабельності серцевого ритму у відповідь на зміну умов навколишнього середовища. Далі, Порджес припускає, що мієлінова гілка блукаючого нерва, вентральний вагусний комплекс (VVC), який обслуговує провідну тканину серця, відіграє певну роль у соціальній активності, а також у саморегуляції. Зокрема, у стані активації мієлінізований вагус діє як гальмо та уповільнює частоту серцевих скорочень через вивільнення ацетилхоліну. Уповільнення серцевої діяльності сприймається індивідом як «заспокоєння» системи, створення простору для реляційних взаємодій (Porges, 2011a).

Немієлінізована гілка блукаючого нерва, дорсальний вагусний комплекс (DVC), відіграє вирішальну роль у сприянні виживанню внаслідок збереження ресурсів за допомогою таких стратегій поведінки, як іммобілізація та уникання. DVC опосередковує екстремальні реакції на такі величезні загрози, як замерзання та непритомність. Складається враження, що основним пусковим механізмом такої реакції є фактична або уявна втрата кисню (Porges, 2011b).

Описуючи відповідну фізичну реакцію, Клем пише:

«Я підносив боєприпаси для двох наших кулеметів, які були єдиним, що стримувало їх. Я забіг до складу боєприпасів і виявив, що у нас залишилася остання коробка патронів для GPMG. Пам'ятаю, як мій зір звужився до тунельного фокусу, ніби в сцені з фільму жахів».

Активация стрессовой реакции

Активация реакції на стрес відбувається, коли сенсорна інформація надходить до мозку. Принаймні два шляхи служать ключовими механізмами для передачі сенсорних даних у лімбічну систему та префронтальний кортекс для обробки та дії. Один шлях, відомий як «швидкий», швидко доставляє сенсорні дані до таламуса, а звідти до мигдалеподібного тіла лімбічної системи (LeDoux & Muller, 1997). Від мигдалеподібного тіла сенсорні дані прямують до гіпоталамуса, а потім до мозкової речовини, де стимулюються симпатичні нервові волокна та ініціюється реакція SAM (ibid).

Другий шлях, відомий як «повільний», вимагає набагато більше нейронів для доставки тієї ж самої сенсорної інформації до префронтального кортексу, де вона обробляється та виявляє наявність загрози і за необхідності реагує на неї. Багато втручань з управління стресом призначені для пригнічення автоматичних реакцій, щоб дозволити повільному шляху зв'язуватися з префронтальним кортексом та в режимі онлайн спонукати його до обробки

інформації й прийняття рішень (Kravits, 2008). Прикладом однієї зі стратегій, що використовуються для уповільнення цих негайних симпатичних реакцій, є глибоке дихання. Глибоке дихання збільшує тиск на рецептори розтягування в легенях. Ця інформація надходить до кардіореспіраторного центру у довгастому мозку та стимулює VVC, що призводить до уповільнення дихання та частоти серцевих скорочень. Чудовим аспектом цієї стратегії є те, що вона виникає внаслідок циклу негативного зворотного зв'язку, і для отримання бажаного ефекту свідомий контроль не потрібний.

Робота над мистецьким твором як частина арттерапії може допомогти зменшити збудження. А заспокійливе і медитативне відчуття можна створити через вдумливий вибір оточення. Якщо ж додати ще техніки глибокого дихання, то збудження можуть бути зменшені та контрольовані (ibid).

Патофізіологія ПТСР

Новітні дослідження створюють переконливу картину патофізіології ПТСР. Зокрема, було описано багато нейронних корелятивів, що підтверджують симптомологію, пов'язану з ПТСР (Koolhaas *et al.*, 2011; Sherin & Nemeroff, 2011; Shin, Rauch & Pitman, 2006; Yehuda & Le Doux, 2007). Шін зі співавторами (Shin *et al.*, 2006) повідомив, що зміни у функціонуванні мигдалеподібного тіла, гіпокампа та медіального префронтального кортексу причетні до розвитку симптомів, які існують при ПТСР. Також було продемонстровано зміни у функціонуванні нейроендокринних систем, таких як вісь НРА (Sherin & Nemeroff, 2011).

Мигдалеподібне тіло

Мигдалеподібне тіло, префронтальний кортекс і гіпокамп функціонально пов'язані. Гіпокамп впливає на мигдалеподібне тіло при кодуванні емоційних спогадів (Shin *et al.*, 2006). Мигдалеподібне тіло відіграє важливу роль у мобілізації ресурсів у відповідь на загрозу. Як показали дані, в людей з діагнованим ПТСР воно гіперреактивне. Результатом такої зміни у функціонуванні мигдалеподібного тіла є розвиток підвищеної пильності (ibid.).

Гіпокамп

В осіб з діагнованим ПТСР гіпокамп має менший об'єм і функціонує менш ефективно (Sherin & Nemeroff, 2011). Дослідження припускають, що саме менший об'єм сприяє зниженню очікуваного функціонування. Є переконливі докази того, що гіпокамп зменшився не внаслідок травми, а радше це попередня вразливість, набута або генетично, або внаслідок впливу на плід травми матері (ibid.). Небезпечна прив'язаність, особливо у формі дезорганізованої прив'язаності та/або дитячої травми, також може бути причетна

до дисфункції гіпокампа (Yehuda & LeDoux, 2007). Гіпокамп є однією з найпластичніших структур головного мозку.

Нейронна регенерація може відбуватися в гіпокампі. Зокрема, доведено, що відчуття корективної прив'язаності та медитація підтримують регенерацію нейронів (Baerentsen та ін., 2009; Quirin, Gillath, Pruessner & Eggert, 2009; Tang, Holzel & Posner, 2015). Регенерація гіпокампа можлива та здатна уможливити відновлення ефективного функціонального зв'язку з мигдалеподібним тілом, а також зменшити тягар симптомів, пов'язаних із ПТСР.

Медіальний префронтальний кортекс

Медіальний префронтальний кортекс безпосередньо залучений у симптомологію ПТСР (Sherin & Nemeroff, 2011). Подібно до гіпокампа, медіальний префронтальний кортекс і передній поясний кортекс демонструють зменшення об'єму. Крім того, спостерігається зниження медіальної префронтальної активації (ibid.). Залишається нез'ясованим вплив зниженої медіальної префронтальної активації. Однак є свідчення того, що в нормі зникнення страху не спостерігається при ушкодженні медіального префронтального кортексу (Shin *et al.*, 2006). Також існують вагомі докази того, що зменшення об'єму медіального префронтального кортексу та переднього поясного кортексу сприяє порушенню процесу подолання страху та дисрегуляції виконавчих функцій (ibid.). Ці зміни провокують виникнення таких симптомів, як повторне переживання, негативне пізнання, порушення настрою та збудження.

Нейротрансмітери

При ПТСР нейротрансмітери розрегульовані. Рівні дофаміну та норадреналіну підвищені, що призводить до порушення формування страху, підвищеного збудження і схильності до переляку. Відмічається зниження рівня серотоніну, що сприяє погіршенню анксиолітичного ефекту (Sherin & Nemeroff, 2011).

Емоційна пам'ять

Геменн (Hamann, 2001) стверджує, що запам'ятовування емоційно насичених подій дає еволюційну перевагу для виживання та розмноження, оскільки сприяє передбаченню загроз. Як наслідок, специфічні нервові та гормональні механізми допомагають у збереженні емоційних стимулів у пам'яті. Під впливом емоційних подразників досвід кодується, створюючи «перший спогад». Після такої первинної дії настає процес посткодуювання, включаючи закріплення, що з часом призводить до посилення впливу емоцій на пам'ять.

Клем ділиться спогадами про свій травматичний досвід. Читаючи цей текст, ми можемо оцінити безпосередній вплив травми. Отже, ветеран пише:

«Я жажнувся. Він був застрелений ззаду, а усі його кишки вивалилися з розірваного живота. Я ніколи раніше не бачив так сильно понівечене тіло, тож був приголомшений і мені було його шкода. Я просто хотів допомогти йому, але не знав, як».

Далі він докладно розповідає про свій подальший процес мислення:

«З цього випадку я усвідомив, що ніколи не хотів би нікому спричинити такого жакливого болю, а ще я зрозумів, що мені залишилися ще шість місяців служби, отже мені доведеться або так само вчинити, або пройти такий саме шлях. Я у пастці».

Повернувшись до цивільного життя у Великій Британії, Клем описує свій тяжкий стан:

«Я відчував, що весь час повинен реагувати швидко, не дозволяти собі сповільненої реакції та проявів слабкості. Я читав агресію в кожній ситуації, від автомобілів, що їдуть позаду мене, і до пішоходів на тротуарі. І щоб позбутися такого страху, я став обирати небезпечніші маршрути. Я завжди добре передбачав можливість насильства в будь-якій ситуації. Я все ще виглядав «молодих людей бойового віку», як нас вчили виявляти бойовиків Талібану».

Геменн (2001) пояснює, що мигдалеподібне тіло відіграє важливу роль в оцінці загрози, обумовленні страху та консолідації емоційної пам'яті через збільшення або зменшення своєї активності, а також активності інших мозкових структур, залучених до пам'яті. Здатність мигдалеподібного тіла оцінювати загрозу і у такий спосіб сигналізувати про вивільнення гормонів стресу, посилює її функціональний вплив на формування страху. Консолідація є первинним процесом, на який впливає діяльність мигдалеподібного тіла, особливо в гіпокампі.

Отже, є ознаки того, що під час симптоматичних станів ПТСР мигдалеподібне тіло є гіперчутливим, і ця гіперчутливість пов'язана з тяжкістю симптомів (Ort *et al.*, 2000; Shin *et al.*, 2006; Yehuda & LeDoux, 2007). Медіальний префронтальний кортекс (передній поясний кортекс, підмозольна кора та медіальна лобова звивина) менший за об'ємом і знижено реагує під час симптоматичних станів (Shin *et al.*, 2006). Це критично важливий висновок, оскільки медіальний префронтальний кортекс залучений до процесу згасання страху, а ПТСР часто описують як розлад, що призводить до уповільненого відновлення після травми (Yehuda & LeDoux, 2007). Додаткові дослідження показують, що функціональна цілісність гіпокампа порушується при ПТСР зі зменшенням об'ємів і порушенням цілісності нейронів (Shin *et al.*, 2006). Коли розглядається все дослідження загалом, виявляється переконлива закономірність.

Симптоми підвищеної пильності, збудження, повторного переживання, емоційної інтенсивності та затримки згасання страху, виявлені при ПТСР, можуть бути пов'язані з порушенням функціонування мигдалеподібного тіла, гіпокампа та медіального префронтального кортексу.

Біологічні внески арттерапії

Зростає визнання допомоги арттерапії в лікуванні травми на нейробіологічному рівні (Avrahami, 2005; Gantt & Tinnin, 2009; The biological basis of PTSD and recovery 53Talwar, 2007; Tripp, 2007). Арттерапія має доступ до невербальних частин мозку, які спілкуються за допомогою емоцій, візуальних образів і тілесних відчуттів. За результатами досліджень, вона може сприяти структурному відновленню (Hass-Cohen, 2008; Lusebrink, 2004). Лузебрінк (Lusebrink) підкреслює, що арттерапія «унікально оснащена», щоб отримати користь від «альтернативних шляхів доступу та обробки зорових і моторних інформацій та спогадів» (ibid., p. 133). Нейропластичність, яку спочатку асоціювали лише з раннім розвитком, — це здатність мозку до структурної адаптації (Hass-Cohen, 2008; May and Gaser, 2006). Вона забезпечує структурні та функціональні зміни в мозку, коли він адаптується до таких викликів, як фізичні травми або психологічні труднощі. Нові нейронні шляхи формуються внаслідок повторної стимуляції, у такий спосіб поступово змінюючи функцію (Копорка, 2016). Ця здатність до «перемотування» тепер розглядається як позитивна здатність зі значними клінічними наслідками. *Міжособистісна нейробіологія* (Siegel, 2003) описує, як стосунки можуть не лише сприяти емоційній регуляції, але й впливати на мозок на структурному рівні. Ба більше, є докази, що залучення до образотворчого мистецтва підтримує вертикальну та горизонтальну інтеграцію функцій мозку і забезпечує регуляцію нервової системи, що постраждала від впливу травми (Sarid & Huss, 2010).

Болуерк, Мак-Ендрік, Ленг, Дорфлер та Мейгофнер (Bolwerk, Mack-Andrick, Lang, Dorfler and Maihöfner, 2014) досліджували вплив створення візуального мистецтва порівняно з його оцінюванням на функціональну зв'язаність мозку. Для неклінічного дослідження була створена вибірка з 28 учасників, стратифікованих за віком і статтю; вони були випадково включені до групи по створенню мистецьких творів або до групи оцінки мистецтва. Дані fMRI та психологічної оцінки були отримані на початку та після втручання. Психологічна стійкість вимірювалася за допомогою інструмента з доведеною надійністю та валідністю. Результати продемонстрували покращення психологічної стійкості, обумовлене підвищенням функціональної зв'язаності заднього поясного кортексу з фронтальним та парієтальним кортексами в групі по створенню мистецьких творів.

Ці результати пропонують багатообіцяючий напрямок дослідження впливу створення візуального мистецтва на функціонування та стійкість мозку. Обмеженість дослідження є у невеликому розмірі вибірки, що

унеможливилося узагальнення на ширшу популяцію, і короткий період спостереження після втручання, що виключає аналіз стійкості ефекту. Також було б цікаво дослідити клінічні популяції, а також неклінічні. Це дослідження було одним із невеликої кількості досліджень створення візуального мистецтва, розроблених як рандомізований контрольований експеримент, що передбачав вимірювання активності мозку та психологічних характеристик.

У наступній частині арттерапія розглядається в контексті прив'язаності та емоційної регуляції.

Прив'язаність та емоційна регуляція

Багато хто стверджує, що стосунки між дитиною та тим, хто її доглядає, мають значний вплив на емоційні результати в подальшому житті, включно з тими, що пов'язані з ПТСР. Відповідно до *теорії прив'язаності* (Bowlby, 1969), стосунки між доглядальником і дитиною є динамічними та двонаправленими. Обидва повинні шукати прив'язаності до іншого, і обидва мають позитивно реагувати на спроби проявів прив'язаності з боку іншого. Саме в цьому контексті постійно відчуваної прив'язаності та неупередженості розвивається безпечна прив'язаність. Не обов'язково, щоб кожна взаємодія між цим дуєтом складалася саме з «правильного» підходу та прийняття. На цьому шляху будуть помилки та невідповідності, але допоки все відбувається достатньо успішно, розвиватиметься безпечна прихильність.

Значення прив'язаності

Прив'язаність є важливою частиною людського досвіду та суттєвим фактором розвитку особистості й майбутніх поколінь її нащадків (Stamps & Groothuis, 2010). Нездатність досягти безпечної прив'язаності призводить до певної форми небезпечної прив'язаності (Ainsworth & Bell, 1970). Небезпечна прив'язаність може виникнути, коли доглядальник не докладає достатньо зусиль для задоволення потреб дитини, коли вони невчасні та не співпадають у часі з її потребами або пропонуються у спосіб, який може налякати дитину. Нерідко особи, які мають історію небезпечної прив'язаності, переживають труднощі у формуванні прийнятних стосунків у дорослому житті та у регулюванні емоцій, коли стикаються з життєвими викликами (Besser & Neria, 2012; Moutsiana та ін., 2014; Warren та ін., 2010). Небезпечна прив'язаність та труднощі з ефективною емоційною регуляцією людини, яка пережила травматичний досвід, збільшують вразливість до розвитку ПТСР (Breslau *et al.*, 2013).

Теорія прив'язаності дає основу для розуміння шляхів, якими арттерапія може сприяти відновленню після ПТСР через відновлення розривів, що перешкоджали досягненню безпечної прив'язаності.

Елементи, необхідні для безпечної прив'язаності

На думку Сігела (Siegel, 2003), досвід прив'язаності є формою інтимного спілкування між двома особами, яке спочатку відбувається переважно невербально, а потім переходить до більш послідовної вербальної взаємодії.

Випадкове спілкування є важливим елементом безпечної прив'язаності. Воно вимагає, щоб основний доглядальник правильно розпізнавав сигнали від дитини, правильно їх тлумачив та своєчасно і ефективно на них відповідав.

Рефлексивний діалог є ще одним аспектом безпечної прив'язаності. Він полягає у спілкуванні про суб'єктивні аспекти людського досвіду, включаючи думки, почуття, відчуття, сприйняття, ставлення, переконання та наміри.

Далі Сігел пояснює, що залагодження потрібне у будь-яких стосунках, і особливо важливо воно для формування безпечної прив'язаності. Залагодження необхідне для усунення наслідків розриву прив'язаності. Часто розриви набувають форми недоречних емоцій, які проєктуються доглядальником на дитину. Ці емоційні спалахи часто сприймаються дитиною як вказівка на те, що вона є неповноцінною, винуватою і присоромленою. Доглядальник зобов'язаний залагодити розрив, взяти на себе відповідальність за її поведінку та намагатися відновити зв'язок. Повторний досвід розриву підриває здатність дитини до відновлення зв'язку, що призводить до небезпечної прив'язаності.

Далі Сігел припускає, що емоційне спілкування є важливою частиною підтримки безпечної прив'язаності та закладає основу для розвитку емпатії й співпереживання. Повідомлення позитивного та негативного емоційного змісту дозволяє дитині створити контекст для розуміння і сприймати емоції як природну частину людського досвіду, що готує її до ефективного управління цим досвідом.

Нарешті, вважається, що вміння зв'язно викладати свої думки свідчить про здатність дитини розуміти свій життєвий досвід. Тому зв'язні розповіді, які економно використовують мову для відображення досвіду, багатьма дослідниками розглядаються як показник безпечної прив'язаності.

Створення зв'язної розповіді вважається вирішальним у справі подальшого укріплення спогадів про травми (Collie, Backos, Malchiodi & Spiegel, 2006). Арттерапія дозволяє людині з ПТСР отримати доступ до невербального досвіду, вивести його назовні й зробити доступним для вербальної обробки та інтеграції. Ця стратегія узгоджується з міжособистісною нейробіологічною концепцією емоційної регуляції та інтеграції, сформульованою Сігелом (2003).

Емоційна регуляція та інтеграція

Емоційна регуляція — це здатність відчувати інтенсивні емоції, а потім внутрішньо регулювати їх переживання (Moutsiana *et al.*, 2014). Здатність ефективно регулювати емоції є маркером безпечної прив'язаності (Siegel, 2003). Коллі та його колеги (2006) визначили поступову експозицію як ключову мету арттерапії при травмі, пов'язаній з бойовими діями. Таке використання мистецтва для того, щоб символічно репрезентувати стан почуттів та/або переживань, яких за інших обставин уникають, може підвищити толерантність клієнта до дистресу та сприяти емоційній інтеграції.

Інтеграція — це концепція, яка описує об'єднання широкого діапазону процесів і досвіду та синтез цієї інформації в нове і складніше розуміння світу, себе та інших (Collie *et al.*, 2006). Успішна інтеграція нової інформації сприяє адаптивності й гнучкій саморегуляції та узгоджується з безпечною прив'язаністю (*ibid.*). Разом навички емоційної регуляції та інтеграції сприяють стійкості і допомагають людям у збільшенні адаптаційних можливостей, знижуючи ризик розвитку ПТСР в тих, хто пережив травму (Breslau *et al.*, 2013).

Роль арттерапії у відновленні після ПТСР

Як обговорювалося раніше, вплив травматичного досвіду викликає біологічну стресову реакцію, яка забезпечує шанси для виживання більшості людей. (Sterling, 2012). Вважається, що в людини, в якій продовжує розвиватися ПТСР, низький рівень кортизолу перешкоджає регуляції цієї відповіді, що призводить до тривалої розбалансованості (Elzinga та ін., 2003). Стійка реакція відповідає за тривалі симптоми, пов'язані з ПТСР. З огляду на вплив і наявні симптоми ПТСР широкі цілі терапії полягають у: (1) зменшенні страждань, про що свідчить зменшення тягаря симптомів; (2) зменшенні функціональних порушень, як показує прагнення до професійної зайнятості та стабільних стосунків.

У Розділі 2 Клем пояснює труднощі, з якими він зіткнувся під час лікування, і як арттерапія допомогла йому досягти прогресу:

«Мені був потрібен спосіб подолати це повторне переживання, з усіма його неприємними супутніми реакціями, і почати розбиратися з накопиченим, стрімким потоком переживань, які вимагали уваги.

І я отримав його саме від арттерапії... Роблячи свої перші арттерапевтичні зображення, я відчув, що греблю прорвало. У ті моменти я зміг відпустити і оцінити роки невисловленої туги. Арттерапія допомогла мені залучитися до мого виру емоцій та образів і викристалізувати їх у щось тривале, про що я потім зміг рефлексувати далі. Мені вже вдалося зафіксувати момент цього хаосу, замість того щоб безкінечно пережовувати все без жодної користі».

Попередні секції цього розділу містили спостереження, як арттерапія може зменшити тягар симптомів. Арттерапія також може допомогти реактивувати позитивні емоції (Collie *et al.*, 2006). За допомогою художньої творчості можна стимулювати творче самовираження та відновлювати позитивні емоційні спогади, що підтверджує здатність клієнта переживати позитивні емоції (Talwar, 2007). Зокрема, Клем підтверджує, що робота над творами візуального мистецтва допомогла йому переформатувати свій досвід у більш позитивний та життєствердний спосіб:

«У міру просування мого лікування ця картина [Plate 2.2] набула для мене нового значення. Оскільки спогади та почуття почали змінюватися, я зміг глибше роздивитися свій досвід, оцінити красу свого минулого та майбутнього і зрозуміти, що вони є чимось значно більшим, ніж тло страху та болю. Ця картина стала для мене символом мого повільного, але тепер очевидного руху вперед за допомоги Combat Stress».

Як вважають Коллі та співавтори (Collie *et al.*, 2006), ключовими задачами лікування є підвищення емоційної самоефективності та покращення самооцінки. Емоційна самоефективність означає здатність терпіти емоції та керувати ними. Коли клієнт стає здатним на це, він стає більш самоефективним і в результаті піднімається на вищій щабель у своїй самооцінці. Клем підтверджує це, коли каже:

«Завдяки цьому процесу я заново відкрив свої навички та відновлюю почуття власної гідності і взаємодії з навколишнім світом. Я краще можу оцінити всі аспекти свого життя, яке мені так пощастило мати... Я почав вірити в майбутнє та дивитися вперед, а не жити в постійному страху перед минулим, яке хоче повернутися, щоб знищити мене».

Це підтверджує, що широкі цілі терапії були досягнуті за допомоги арттерапії, яка відіграє значну роль на шляху до одужання.

References

- Ainsworth, M. D. S. & Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 41, 49–67.
- American Psychiatric Association (2013). Posttraumatic stress disorder. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th edn). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Avrahami, D. (2005). Visual art therapy's unique contribution in the treatment of post-traumatic stress disorders. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(4), 5–38.
- Baerentsen, K. B., Stodkilde-Jorgensen, H., Sommerlund, B., Hartmann, T., Damsgaard-Madsen, J., Fosnaes, M. & Green, A. C. (2009). An investigation of brain processes supporting meditation. *Cognitive Process*, 11, 57–84.

- Belsky, J., Bakermans-Kranenburg, M. J. & van Ijzendoorn, M. H. (2007). For better and for worse. *Current Directions in Psychological Science*, 16, 300–304.
- Besser, A. & Neria, Y. (2012). When home isn't a safe haven: Insecure attachment orientations, perceived social support, and PTSD symptoms among Israeli evacuees under missile threat. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(1), 34–46.
- Bolwerk, A., Mack-Andrick, J., Lang, F. R., Dorfler, A. & Maihofner, C. (2014). How art changes your brain: Differential effects of visual art production and cognitive art evaluation on functional brain connectivity. *Plos One*, 9(7), e101035.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment*. New York, NY: Basic Books.
- Breslau, N. (2009). The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma disorders. *Trauma, Violence, and Abuse*, 10, 198–210.
- Breslau, N., Reboussin, B. A., Anthony, J. C. & Storr, C. L. (2005). The structure of post-traumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 62, 1343–1351.
- Breslau, N., Troost, J. P., Bohnert, K. & Luo, Z. (2013). Influence of predispositions on posttraumatic stress disorder: Does it vary by trauma severity? *Psychological Medicine*, 43, 381–390.
- Chavez, C. M., McGaugh, J. L. & Weinberger, M. M. (2013). Activation of the basolateral amygdala induces long-term enhancement of specific memory representation in the cerebral cortex. *Neurobiology of Learning and Memory*, 101, 8–18.
- Collie, K., Backos, A., Malchiodi, C. & Spiegel, D. (2006). Art therapy for combat-related PTSD: Recommendations for research and practice. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 23, 157–164.
- Davis, E. P., Glynn, L. M., Waffarn, F. & Sandman, C. A. (2011). Prenatal maternal stress programs infant stress regulation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52, 119–129.
- Elzinga, B. M., Schmahl, C. G., Vermetten, E., van Dyck, R. & Bremner, J. B. (2003). Higher cortisol levels following exposure to traumatic reminders in abuse-related PTSD. *Neuropsychopharmacology*, 28, 1656–65.
- Gantt, L. & Tinnin, L. (2009). Support for a neurobiological view of trauma with implications for art therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 36(3), 148–153.
- Gluckman, P. D., Hanson, M. A., Bateson, P., Beedle, A. S., Law, C. M., Bhutta, Z. A., Anokhin, K. V., Bougnères, P., Chandak, G. R., Dasgupta, P., Smith, G. D., Ellison, P. T., Forrester, T. E., Gilbert, S. F., Jablonka, E., Kaplan, H., Prentice, A. M., Simpson, S. J., Uauy & West-Eberhard, M. J. (2009). Towards a new developmental synthesis: Adaptive developmental plasticity and human disease. *The Lancet*, 373, 1654–1657.
- Godfrey, K. M., Lillycrop, K. A., Burdge, G. C., Gluckman, P. D. & Hanson, M. A. (2007). Epigenetic mechanisms and the mismatch concept of the developmental origins of health and disease. *Pediatric Research*, 61, 5R–10R.
- Hamann, S. (2001). Cognitive and neural mechanisms of emotional memory. *TRENDS in Cognitive Sciences*, 5, 394–400.
- Hass-Cohen, N. (2008). Partnering of art therapy and clinical neuroscience. In N. Hass-Cohen & R. Carr (eds), *Art therapy and clinical neuroscience* (pp. 21–42). Philadelphia, PA: Jessica Kingsley.
- Heinrichs, S. C. & Koob, G. F. (2004). Corticotropin-releasing factor in brain: A role in activation, arousal, and affect regulation. *The Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 311, 427–440.

- Konopka, L. (2016). Neuroscience concepts in clinical practice. In J. L. King (ed.), *Art therapy, trauma, and neuroscience: Theoretical and practical perspectives* (pp. 11–41). New York: Routledge.
- Koolhaas, J. M., Bartolomucci, A., Buwalda, B., deBoer, S. F., Flugge, G., Korte, S. M., Meerlo, P., Murison, R., Olivier, B., Palanza, P., Richter-Levin, G., Sgoifo, A., Steimer, T., Stiedl, O., van Dijk, G., Wöhr, M. & Fuchs, E. (2011). Stress revisited: A critical evaluation of the stress concept. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35, 1291–1301.
- Kravits, K. (2008). The stress response and adaptation theory. In N. Hass-Cohen & R. Carr (eds), *Art Therapy and Clinical Neuroscience* (pp. 111–127). London: Jessica Kingsley.
- Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D. & Spiegel, D. (2010). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *American Journal of Psychiatry*, 167, 640–647.
- LeDoux, J. E. & Muller, J. (1997). Emotional memory and psychopathology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, 352, 1719–1726.
- Litz, B. T., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W. P., Silva, C. & Maguen, S. (2009). Moral injury and oral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review*, 29, 695–706.
- Lusebrink, V. B. (2004). Art therapy and the brain: an attempt to understand the underlying processes of art expression in therapy. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 21(3), 125–135.
- May, A. & Gaser, C. (2006). Magnetic resonance-based morphometry: A window into structural plasticity of the brain. *Current Opinion Neurology*, 19(4), 407–441.
- Moutsiana, C., Fearon, P., Murray, L., Cooper, P., Goodyer, I., Johnstone, T. & Halligan, S. (2014). Making an effort to feel positive: Insecure attachment in infancy predicts the neural underpinnings of emotion regulation in adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(9), 999–1008.
- Orr, S. P., Metzger, L. J., Lasko, N. B., Macklin, M. L., Peri, T. & Pitman, R. K. (2000). De novo conditioning in trauma exposed individuals with and without posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 290–298.
- Porges, S. W. (2001). The polyvagal theory: Phylogenetic substrates of a social nervous system. *International Journal of Psychophysiology*, 42, 123–146.
- Porges, S. W. (2011a). The polyvagal theory: New insights into adaptive reactions of the autonomic nervous system. In *The Polyvagal Theory* (pp. 52–59). New York, NY: W. W. Norton & Company.
- Porges, S. W. (2011b). Vagal tone: A physiological marker of stress vulnerability. In *The Polyvagal Theory* (pp. 63–74). New York, NY: W. W. Norton & Company.
- Quirin, M., Gillath, O., Pruessner, J. C. & Eggert, L. D. (2009). Adult attachment insecurity and hippocampal cell density. *Social Cognitive and Affective Neuroscience Advance Access*, 5, 39–47.
- Romero, L. M., Dickens, M. J. & Cyr, N. E. (2009). The reactive scope model: A new model integrating homeostasis, allostasis, and stress. *Hormones and Behavior*, 5, 375–389.
- Roozendaal, B., Castello, N. A., Vedana, G., Barsegyan, A. & McGaugh, J. L. (2008). Noradrenergic activation of the basolateral amygdala modulates consolidation of object recognition memory. *Neurobiology of Learning and Memory*, 90, 576–579.
- Sarid, O. & Huss, E. (2010). Trauma and acute stress disorder: A comparison between cognitive behavioural intervention and art therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 17, 8–12

- Sherin, J. E. & Nemeroff, C. B. (2011). Posttraumatic stress disorder: The neurobiological impact of psychological trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13, 263–278.
- Shin, L. M., Rauch, S. L. & Pitman, R. K. (2006). Amygdala, medial prefrontal cortex, and hippocampal function in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, 67–79.
- Siegel, D. J. (2003). An interpersonal neurobiology of psychotherapy: The developing mind and the resolution of trauma. In M. F. Solomon & D. J. Siegel (eds), *Healing trauma: Attachment, mind, body, and brain* (pp. 1–56). New York, NY: W. W. Norton & Company.
- Stamps, J. A. & Groothuis, T. G. G. (2010). Developmental perspectives on personality: Implications for ecological and evolutionary studies of individual differences. *Philosophical Transactions of the Royal Society*, 365, 4029–4041.
- Sterling, P. (2012). Allostasis: A model of predictive regulation. *Physiology and Behavior*, 106, 5–15.
- Suderman, M., McGowan, P. O., Sasaki, A., Huang, T. C. T., Hallett, M. T., Meaney, M. J. & Szyf, M. (2012). Conserved epigenetic sensitivity to early life experience in the rat and human hippocampus. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109, 17266–17272.
- Talwar, S. (2007). Accessing traumatic memory through art-making: An art therapy trauma protocol (ATTP). *The Arts in Psychotherapy*, 34, 22–35.
- Tang, Y., Holzel, B. K. & Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16, 213–225.
- Tripp, T. (2007). A short-term therapy approach to processing trauma: art therapy and bilateral stimulation. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 24(4), 176–183.
- Warren, S. L., Bost, K. K., Roisman, G. I., Siltan, R. L., Spielberg, J. M., Engels, A. S. & Heller, W. (2010). Effects of adult attachment and emotional distracters on brain mechanisms of cognitive control. *Psychological Science*, 21(12), 1818–1826.
- Yehuda, R. & LeDoux, J. (2007). Response variation following trauma: A translational neuroscience approach to understanding PTSD. *Neuron*, 56, 19–32.

Британські збройні сили

Лікування психічного здоров'я діючих військовослужбовців Великої Британії

Джеймі Гакер Гьюз

Вступ

Для того щоб бути ефективним компонентом бойових служб цієї країни, психологічна підготовка достоту так само важлива, як і фізична. Саме тому військовий істеблішмент Великої Британії як важливий елемент свого складу має служби психічного здоров'я та залучає ресурси як військових, так і цивільних фахівців, для підтримки психологічної придатності наших збройних сил.

У цьому розділі надано опис таких служб, починаючи з їхнього створення на початку минулого століття. Роз'яснено ролі цих служб в різних частинах системи та на різних етапах циклу розгортання, включно із аеромединою евакуацією із зон бойових дій (іноді їх називають «театрами операцій»), госпіталізацією та реабілітацією.

Коротка історія британських військових служб психічного здоров'я

Історія британських військових служб психічного здоров'я насправді починається з Першої світової війни, хоча і до цього часу проблеми психічного здоров'я лікувалися разом із фізичними станами в закладах, розгорнутих в ході багатьох закордонних кампаній цієї країни для лікування та виходження. Попри те, що британці не брали участі у згаданих нижче подіях, існували і були зафіксовані значні психологічні проблеми під час Столітньої війни (Hofer, 1934) та громадянської війни в США (Freemon, 2001). Наприклад, в особистій сімейній історії автора є досить чіткі розповіді про родича, який страждав від посттравматичного стресу після участі як піхотного солдата в битві при Ватерлоо (особисте спілкування).

Однак саме на початку Першої світової війни в загальних рисах почали розвиватися британські військові психологічні служби та служби психічного

здоров'я. Переважно це сталося завдяки призначенню психолога та лікаря Чарлза Майерса (Charles Myers) психологом-консультантом Британських експедиційних сил у Франції (British Expeditionary Force in France)(Jones, Fear & Wessely, 2007). Такі зрушення можна пояснити й тим, що до штату Королівського армійського медичного корпусу (Royal Army Medical Corps) було залучено також іншого психолога та лікаря Вільяма Ріверса (William H. R. Rivers) — для лікування офіцерів, що постраждали від контузії та були евакуйовані з поля бою у Франції до Слейтфордського військового госпіталю в Крейглокхарті, Единбург (the Slateford Military Hospital in Craiglockhart, Edinburgh). Загалом багато й інших цивільних лікарень перетворили тоді у військові психіатричні госпіталі, як-от Госпіталь Модсли в Лондоні, Мегхел (Maudsley Hospital in London, Maghull) (нині лікарня високого рівня безпеки Ешворт (Ashworth), а також Мілл Гілл та Нортвуд (Mill Hill and Northwood). У той час як Майерс лікував величезну кількість людей, що зазнали контузії у Франції, Ріверс працював із Вілфредом Оуеном, Зігфрідом Сессуном (Wilfred Owen and Siegfried Sassoon) та багатьма іншими в Крейглокхарті (Craiglockhart) (Barker, 2003).

Наприкінці Першої світової війни ці госпіталі здебільшого повернулися до цивільного використання, а психологи, неврологи та психіатри, які там працювали, були демобілізовані. Їхніх наступників потім долучили до участі у Другій світовій війні, під час якої новаторську роботу виконували такі спеціалісти, як Фолкс, Байон і Рікмен у Нортфілді (Foulkes, Bion and Rickman at Northfield), а також психолог Джон Рейвен у Мілл Гілл (John Raven) (Shephard, 2003). Однак наприкінці Другої світової війни більшість психіатричного персоналу було звільнено.

Розвиток до поточної структури

До розпаду Холодної війни у 1960-х роках Велика Британія мала значні медичні центри у всьому світі. Зокрема, діяли британський військовий госпіталь у Гонконзі, інший — у Гібралтарі, один на Кіпрі та ще чотири чи п'ять у Німеччині, де наша країна мала значну присутність. До них належав й один медичний центр у Берліні. Це було в той час, коли Східна Німеччина (Німецька Демократична Республіка) та Західна Німеччина (Федеральна Республіка Німеччини) були відокремлені. Тож щоб дістатися госпіталю у Берліні, необхідно було просуватися коридором із заходу.

У самій Великій Британії також кожна служба, Королівський флот, Армія та Королівські повітряні сили (the Royal Navy, Army and Royal Air Force) мали кілька госпіталів. Але коли Холодна війна наближалася до завершення, а британська присутність у Німеччині поступово зменшувалася, зрештою ці госпіталі закрили один за одним.

Згодом єдиним закордонним госпіталем залишився Кіпрський госпіталь Принцеси Марини в Акротірі (Princess Marina Hospital Akrotiri). Водночас кожен рід військ зберіг лише кілька госпіталів в метрополії. Вони

розташовувалися переважно на головних базах Королівського військово-морського флоту (Royal Navy), в гарнізонах Британської Армії (British Army) та на базах Королівських повітряних сил (Royal Air Force — RAF), у військово-морському госпіталі у Гасларі (Haslar) поблизу Портсмуту (Portsmouth), у армійських госпіталях в Кеттеріку, Олдершоті та Вулвічі (Catterick, Aldershot, Woolwich); а також в госпіталі RAF у Рутоні (Wroughton). Проте поступово їх також закрили, і на початку століття всі психіатричні служби всіх трьох видів збройних сил були розміщені в госпіталі Герцогині Кент в Кеттеріку в Йоркширі (Duchess of Kent in Catterick, Yorkshire), який перетворився на психіатричний госпіталь Герцогині Кент (Duchess of Kent's Psychiatric Hospital), коли всі інші служби звідти вибралися (General Hospital).

До того ж часу Королівський госпіталь у Гасларі (Royal Hospital, Haslar) залишався єдиним постачальником стаціонарних психіатричних послуг для Королівського флоту (Royal Navy); для Армії — Військовий госпіталь Королеви Єлизавети у Вулвічі (Queen Elizabeth Military Hospital, Woolwich) і для Повітряних сил — госпіталь RAF у Рутоні (RAF Hospital, Wroughton). Саме в госпіталі RAF у Рутоні розмістили трьох заручників — Браяна Кінана, Джона Маккарті та Террі Вейта (Brian Keenan, John McCarthy and Terry Waite), які проходили адаптацію після звільнення з полону в Бейруті (Кінан, 1991).

Медичні послуги оборони: ширша картина

Де б розмістилися психологічні та психіатричні служби, якщо б всі госпіталі закрилися? На це можна відповісти так: подібно до того, як цивільні громадські бригади психічного здоров'я (СМНТ) розвивалися паралельно із закриттям великих вікторіанських притулків, так само і військові розробили мережу амбулаторних закладів на базі громад. Спочатку вони називалися відділами психіатрії у громаді (DCP), але незабаром їх перейменували у Департаменти Громадського Психічного Здоров'я (Departments of Community Mental Health — DCMH), щоб відобразити багатопрофільність послуг, що надаються, і персоналу, який їх надає.

Три рівні профілактики

Військові психіатричні служби забезпечують психологічну підготовку особового складу Збройних Сил Великої Британії через використання моделі первинної, вторинної та третинної профілактики (Leavell & Clark, 1979).

Роль первинної профілактики в охороні здоров'я загалом полягає в тому, щоб запобігти виникненню дистресу, розладу або захворювання через пропаганду здорового способу життя. Прикладами первинної профілактики є сприяння фізичним вправам для запобігання серцевих захворювань або інформування щодо шкоди паління як стратегія запобігання раку легенів.

Вторинна профілактика полягає у запобіганні впливу проблем зі здоров'ям у ситуаціях, де вони більш імовірні: вакцинація — один із прикладів такої профілактики у регіонах, де захворювання є ендемічним. І третя, третинна профілактика, стосується втручання або лікування для запобігання загостренню проблеми, яка нещодавно виникла і має динаміку до погіршення.

Первинна профілактика

Отже, одна із задач військових служб охорони психічного здоров'я полягає в первинній профілактиці психічного здоров'я. Це здійснюється кількома способами, включно із виготовленням листівок та іншими формами просвіти у сфері психології або психічного здоров'я, за допомогою відео на компакт-дисках чи інших носіях. Також це можуть бути заходи для популяризації психічного здоров'я у форматі лекцій, пересувних стендів, дісплейв на так званих «ярмарках здоров'я» в підрозділах. Гарними прикладами є численні відеоролики про вживання алкоголю (зараз це викликає більше занепокоєння у військових, ніж куріння сигарет, хоча й було поширене і до 1980-х років). Ще один хороший приклад — відео «Смерть з косяю» (Grim Reaper), яке попереджає про небезпеку водіння у нетверезому стані (IVCA, 2008). Загалом є ще велика кількість матеріалів, які сприяють гарному психологічному та психічному здоров'ю, їх демонструють та розповсюджують під час базової підготовки, а також протягом циклу підготовки та розгортання.

Служби психічного здоров'я діють на майже 20 DCMH, створених на кожній великій військово-морській базі, армійському гарнізоні чи базі RAF у Великій Британії, на Кіпрі та, донедавна, у Німеччині.

Більшість співробітників DCMH — це медсестри з питань психічного здоров'я (RMN), які зазвичай приписані до військових частин, де знаходиться DCMH. Отже, вони, ймовірно, належатимуть, наприклад, до Медичної служби Королеви Олександри Королівського Військового флоту (Queen Alexandra's Royal Naval Nursing Service (QARNNS)), якщо розташовані в Плімуті, Портсмуті чи Фаслейні, або до Медичного корпусу Королеви Олександри Королівської Армії (Queen Alexandra's Royal Army Nursing Corps (QARANC)), якщо базуються в армійських гарнізонах Кеттерік, Колчестер, Олдершот, Тідворт, Лючарс або Доннінгтон, і до Медичної служби Принцеси Мері Королівських Повітряних сил (Princess Mary's RAF Nursing Service (PMRAFNS)), якщо розташовані на базі RAF Кінлосс, RAF Мархем або RAF Брайз Нортон.

На додаток до базової підготовки з медсестринства у сфері психічного здоров'я, яку отримують усі, медсестри також проходять підготовку першого рівня з когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) (Alford & Beck, 1997) та десенсибілізації, а крім того, десенсибілізації та обробці рухів очей (EMDR) (Shapiro & Forrester, 1998) для терапії травм. Проте не всі медсестри мають уніформу; значна кількість є цивільними, хоча багато хто з них раніше служили у військових психіатричних службах.

Окрім медсестер, спеціалізацією яких є психічне здоров'я, іншими членами команди є соціальні працівники із Соціальної служби захисту психічного здоров'я Міністерства оборони (Defence Mental Health Social Work Service) (всі цивільні); психологи (клінічні психологи, психологи-консультанти, психологи-судмедексперти та нейропсихологи) з Психологічної служби охорони здоров'я Міністерства оборони (Defence Healthcare Psychology Service) (переважно цивільні, але з'являються нові, хоча й небагато, військовозобов'язані фахівці); психіатри (військовозобов'язані та цивільні, причому, знову ж таки, більшість з них — це цивільні психіатри з попереднім досвідом військової служби).

Вторинна профілактика

Втім, далеко не всі втручання у психічне здоров'я здійснюються фахівцями у сфері лікувальної справи, психіатрії або психології. Це узгоджується із Загальним наглядом за управлінням операційним стресом Міністерства оборони (Overarching Review of Operational Stress Management (OROSM, Ministry of Defence, 2005), відповідно до якого управління стресом є обов'язковою ланкою службової ієрархії. Отже, значна частина заходів первинної профілактики виконується як окремими службами, так і на рівні підрозділів без залучення спеціалістів зі сфери психічного здоров'я.

Те саме можна сказати і про вторинну профілактику. Приблизно до середини 1990-х років у разі серйозного інциденту, який вимагав втручання у психічне здоров'я, реакцією була певна форма психологічного чи критичного аналізу події, майже неминуче проведеного психіатричною медсестрою військового або цивільного підпорядкування (CPN). Цей термін все ще є найпоширенішим, хоча офіційний термін зараз — громадська психіатрична медсестра (CMHN). Однак внаслідок зміни політики тодішнім Головним Лікарем (Surgeon General's Policy Letter (SGPL), 1995) кращим і рекомендованим втручанням зараз є TRiM (Управління Ризиком Травми — Trauma Risk Management (Jones, Roberts & Greenberg, 2003). TRiM — це втручання, що здійснюється товаришами по службі, і спочатку воно було розроблене для Королівської морської піхоти (Royal Marines) та Королівського флоту (Royal Navy). Для цього товариші по службі вчаться оцінювати психологічний ризик після травматичних інцидентів і звертатися за лікуванням, якщо це необхідно. Нині такий підхід використовується в усіх збройних силах в Британії та за їх межами, причому багато офіцерів зі служби соціального захисту та службовці старшого командного складу пройшли підготовку для оцінки стану TRiM.

Однією з переваг системи TRiM є те, що вона зменшує стигму, пов'язану з психологічними проблемами (Hacker Hughes & Neville, 2015; Sharp *et al.*, 2015). Традиційно військовослужбовці остерігаються оприлюднювати та публічно обговорювати свої психологічні проблеми через побоювання, що про це дізнається керівництво, друзі та інші, і що це якимось чином

вплине на їхні перспективи подальшої кар'єри. Це занепокоєння додатково розглянуто в Розділі 5. Несприятливою обставиною для відвертості було розміщення бригад психічного здоров'я у спеціалізованих відділах, хоча, звісно, є й інша точка зору. Втім, оскільки оцінювачами стану щодо TRiM в організації мають бути люди того ж рівня, що й одержувач (але з іншого її боку), і оскільки TRiM вважається справою повсякденною, то це дозволяє значно знизити стигматизацію, пов'язану зі зверненням до фахівця із служби психічного здоров'я.

І нарешті останнє та насправді одне з основних завдань вторинної профілактики, що виконується бригадою психічного здоров'я, це залучення психіатрів-консультантів, які проводять оцінку та дають рекомендації щодо того, чи здатна людина проходити службу, або їй варто від того відмовитися.

Третинна профілактика

Третинне втручання належить до раннього втручання, яке здійснюється для запобігання погіршенню проблем. Це основна робота військової служби психічного здоров'я. Вважається, що кожен четвертий військовослужбовець має певну форму психологічної проблеми (Goodwin *et al.*, 2015), і це точно така сама частка, як і серед основного цивільного населення. І проблеми також дуже схожі. Депресія у військовослужбовців трапляється так само часто, як і в цивільному світі, та є звичайною реакцією на низку життєвих стресів. Спостерігаються, зокрема, проблеми з тривогою всіх видів; панічний розлад, загальний тривожний розлад, страхи, фобії, нав'язливі ідеї та компульсії. Людина може самостійно звернутися для обстеження та лікування, але найчастіше направлення отримують через своїх медичних працівників.

Існує думка, що посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є поширеною проблемою саме серед військовослужбовців. Проте це не зовсім так; насправді у 7% військовослужбовців у бойових підрозділах (MacManus *et al.*, 2014) цей показник не набагато вищий, ніж у цивільного населення, хоча він зростає серед резервістів і ветеранів. Серйозні проблеми з психічним здоров'ям, включно із так званим розладом особистості, біполярним розладом і психотичними розладами, насправді дуже рідкісні і переважно несумісні з продовженням військової служби. Знову ж таки, значна частина з них виявляються в процесі відбору для військової служби.

Більшість із цих проблем, зокрема й зловживання алкоголем, розлади сну та харчування, сексуальна дисфункція, а також інші труднощі, піддається психологічному втручанню. Тому більшість членів військової команди психічного здоров'я мають пройти підготовку з CBT та інших методів, включно з EMDR, для використання при лікуванні травм. Обидва види лікування схвалені Національним Інститутом Вдосконалення Здоров'я та Догляду (National Institute for Health and Care Excellence (NICE) для використання в

лікуванні травм, і Міністерство Оборони (Ministry of Defence) суворо дотримується вказівок NICE (NICE, 2005).

СВТ — це тип лікування, за допомогою якого люди вчаться помічати та виправляти власні некорисні моделі думок і поведінки. Існують когнітивно-поведінкові протоколи для всіх видів психологічних проблем, як-от різні типи тривоги, депресії, розлади харчування, звичок і сну тощо.

Отже, ПТСР можна лікувати за допомогою СВТ або альтернативним підходом — EMDR. Цей спосіб був розроблений спеціально для лікування травм. Людей заохочують опрацювати травматичні спогади та замінити дезадаптивні думки кориснішими та адаптивними. Обидва види лікування проводяться амбулаторно, зазвичай один або два сеанси на тиждень, іноді вони супроводжуються домашніми завданнями між сеансами. Переважна більшість цих втручань має успішний результат.

У минулому, якщо стан вважався надто важким для амбулаторного лікування, застосовувалася госпіталізація в один з військових госпіталів. Проте поступово, як зазначалося вище, доступність цих закладів зменшувалася, аж поки DKPH Catterick і Royal Hospital Haslar не закрилися у 2003 і 2007 роках відповідно, і довелося шукати альтернативне рішення.

Міністерство оборони вирішило проблему, уклавши контракт із приватним стаціонарним постачальником психіатричних послуг, групою Пріоратних Госпіталів (Priory Hospital group). Отже, якщо хтось потребував госпіталізації для стаціонарного лікування, його приймали до найближчого приватного стаціонару, найближчого до бази. Відтак, офіцер із питань психічного здоров'я забезпечував зв'язок між госпіталем і базою, він також здійснював регулярні візити, щоб забезпечити успішний процес лікування та організацію виконання всіх рекомендацій після виписки пацієнта.

Коли ж термін дії контракту закінчився, консорціум трастів NHS запровадив мережу закладів NHS по всій країні, куди тепер у разі потреби приймали військовослужбовців. Цей договір уже один раз доповнювався і продовжувався.

Оперативні служби психічного здоров'я

У разі розгортання значних сил для проведення операцій за межами країни, як це було нещодавно в Афганістані, Іраку та на Балканах, разом з ними розгортається і польова бригада з психічного здоров'я (FMHT). Під час фази стабілізації операцій команда зазвичай складається виключно з медсестер служби психічного здоров'я, водночас під час фази бойових дій присутні також військові психіатри.

Коли операція сягає стану стабільності, команда базується в польовому госпіталі й звідти здійснює виїзні огляди на різних віддалених дільницях, оперативних базах на передовій лінії тощо. Команда також бере участь у підготовці до розгортання після прибуття до театру бойових дій і за викликом в разі потреби. Крім того, вони підтримують базовий рівень профілактичної

психіатричної присутності у театрі бойових дій, а також проводять необхідні втручання з підтримки психічного здоров'я на різних локаціях. Зазвичай цього достатньо для підтримки людей. Польові команди із забезпечення психічного здоров'я діють відповідно до принципів PIE (proximity, immediacy, expectancy — близькість, безпосередність, очікування), які застосовувалися ще в часи Першої світової війни (Salmon, 1917). За цими принципами людина, яка потребує допомоги, отримує її на місці якомога швидше та з розрахунком на повне одужання. Якщо ж людину не можна підтримувати в театрі бойових дій, то проводиться аеромедична евакуація.

Аеромедична евакуація

Іноді, незважаючи на найкраще за даних умов забезпечення в театрі бойових дій в польовому госпіталі та FMHT, існує необхідність евакуювати особу до Великої Британії, наприклад, у разі тяжкого психічного захворювання. Таких військовослужбовців евакуюють на рівних умовах з тими, хто має проблеми фізичного характеру. Після прибуття до Великої Британії вони проходять оцінку місцевим DCMH та, якщо необхідно, госпіталізуються. У польоті їх супроводжує Аеромед; військові психіатричні сестри, спеціально підготовлені для аеромедичної евакуації.

Госпіталізація

Як вже згадувалося вище, у Великій Британії більше не існує жодної військової психіатричної лікарні після того, як останні були закриті у 2003 та 2007 роках. Контракт на надання військовослужбовцям вторинної допомоги з психічного здоров'я зараз укладено з консорціумом NHS, які надають стаціонарні послуги по всій Великій Британії, а також забезпечують їх у підрозділах в Бейсінгстоку, Стаффорд, Плімуті, Питерсборо, Грантемі та Ебердині (Basingstoke, Stafford, Plymouth, Peterborough, Grantham, Aberdeen). Працівники стаціонарів NHS (Національної служби охорони здоров'я) часто мають військовий досвід, тому під час госпіталізації між найближчим DCMH та відповідним лікарняним відділенням відбувається тісний зв'язок. Пацієнта виписують в найкоротший термін, а за потреби продовжується амбулаторне лікування в ДЦМЛ.

Оперативна декомпресія

Подібно до низки інших країн, Велика Британія зараз використовує систему оперативної декомпресії (Hacker Hughes *et al.*, 2008), згідно з якою крім перепочинку в ході бойового відрядження та відпустки для відновлення сил (або R&R) люди не повертаються безпосередньо до Великої Британії з театру бойових дій, а роблять це через 36-годинне перебування на Кіпрі. Протягом цього часу військовий персонал із забезпечення психічного здоров'я

проводить брифінги для військовослужбовців на ротації та готові прийти на допомогу у разі потреби. 36-годинне перебування на острові передбачає фіксовану тематику брифінгів, відпочинок та релаксацію в таборі або на сусідньому пляжі, перш ніж наступного дня військові продовжать подорож до Великої Британії.

Якщо поранений військовослужбовець евакуюється до Великої Британії і потребує подальшого хірургічного або іншого стаціонарного лікування, його доставляють до Royal Centre for Defence Medicine (RCDM), розташованого в Queen Elizabeth the Second (QE2) Hospital в Бірмінгемі. Там працює бригада медсестер з питань психічного здоров'я для підтримки персоналу, пацієнтів та їхніх родин.

Спеціалізовані послуги та реабілітація

Багато з тих, хто виписався з RCDM, підуть до Defence Medical Rehabilitation Centre (DMRC) у Гедлі Корт (Headley Court) в Сурреї для подальшої реабілітації. У DMRC працюють численні військові спеціалісти з питань психічного здоров'я, які проводять діагностику стану психічного здоров'я та надають описане вище лікування, а також медичну допомогу з питань нейропсихології, подолання болю і спеціалізоване лікування особам із травмами статевих органів.

Підтримка резервістів

Під час мобілізації резервісти мають право на лікування на тих самих засадах, що й штатні військовослужбовці, чи то у театрі бойових дій, чи то по всій Великій Британії. Отже, вони можуть бути оглянуті FMHT або СМНТ, евакуйовані в разі потреби через аеромедичні служби, їм проведуть діагностику та призначать лікування, а за необхідності госпіталізують для вторинної допомоги з проблем психічного здоров'я і лікування.

Було також створено центр, що спочатку розташовувався у Чілвел біля Ноттінгему, а тепер — у Колчестері. Сюди за допомогою можуть звернутися будь-які резервісти, які вважають, що мають психологічні проблеми внаслідок їхньої участі у бойових діях. Тут їх оглянуть і при наявності проблеми направлять для амбулаторного лікування до DCMH або, можливо, призначать стаціонарне лікування.

Звільнення за психічним станом

У військових статутах є положення про те, що військовослужбовці можуть бути звільнені через стан психічного здоров'я. Перш ніж рішення про звільнення прийняте і перш ніж військово-медична комісія затверджує таке рішення, з цією людиною неодмінно зустрічається консультант-психіатр, який дає свою рекомендацію.

Перехід до цивільної системи охорони здоров'я

Якщо особу звільняють зі служби через стан психічного здоров'я, їй завжди буде призначено соціального працівника, який працюватиме з нею до, під час і після процесу виписки, щоб забезпечити потреби в житлі та добробуті і зробити перехід до цивільного життя максимально успішним. У всіх інших випадках, коли люди звільняються з армії, долучаються всі важелі, щоб зв'язати їх із цивільною системою охорони здоров'я після їхнього відходу зі служби і зробити цей перехід до нового стану оптимальним.

Підсумки та висновки

Через характер діяльності британських збройних сил система професійної допомоги з проблем психічного здоров'я просунулася далі, ніж аналогічна система у NHS. Ті послуги, що надавалися в госпіталях, у традиційних відділеннях ще за часів Першої світової війни та після неї, тепер базуються у громаді, щоб люди могли швидко отримати направлення або звернутися самостійно для діагностики та лікування. Час відгуку, як і слід було очікувати, значно кращий порівняно з відповідними службами у цивільних установах охорони здоров'я.

Допомога в сегменті психологічного та психічного здоров'я поширюється на всі етапи військової служби, причому надання послуг із забезпечення психічного здоров'я доступне на місці проведення бойових дій, під час декомпресії та в ході аеромедичної евакуації. Військовий персонал служби психічного здоров'я базується також у військовому відділенні в Бірмінгемі та є важливою складовою надання послуг у Гедлі Корті. Допомога з питань психічного здоров'я надається на всіх етапах вступу до війська та всього кар'єрного циклу, крім того, спеціалізована допомога забезпечена для тих, хто вимушений залишити службу у війську через проблеми з психічним здоров'ям.

Де б ви не були під час служби у збройних силах, військові служби психічного здоров'я знаходяться неподалік, щоб забезпечити підтримку вашого психічного здоров'я, так само як і фізичного, оскільки обидва є життєво важливими складовими ефективності збройних сил.

References

- Alford, B. A. & Beck, A. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York, NY: Guilford.
- Barker, P. (2003). *Regeneration*. New York, NY: Plume.
- Freemon, F. R. (2001). *Gangrene and glory: Medical care during the American Civil War*. Urbana, IL: University of Illinois Press.
- Goodwin, L., Wessely, S., Hotopf, M., Jones, M., Greenberg, N., Rona, R. J. & Fear, N. T. (2015). Are common mental disorders more prevalent in the UK serving military population compared to the general working population? *Psychological Medicine*, 45, 1881–1891.

- Hacker Hughes, J. G. H., Earnshaw, N. M., Greenberg, N., Eldridge, R., Fear, N. T., French, C., Deahl, M. P. & Wessely, S. (2008). The use of psychological decompression in military operational environments. *Military Medicine*, 173, 534.
- Hacker Hughes, J. G. H. & Neville, M. (2015). *Battle against stigma*. London: Wellcome.
- Hofer, J. (1934). Medical dissertation on nostalgia. (C. K. Anspach, Trans.). *Bulletin of the History of Medicine*, 2, 376–391.
- IVCA (2008). www.ivca.org/news/2008/winners-announced-at-this-year-s-ivca-awards.html.
- Jones, E., Fear, N. & Wessely, S. (2007). Shell shock and mild traumatic brain injury: A historical review. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1641–1645.
- Jones, N., Roberts, P. & Greenberg, N. (2003). Peer-group risk assessment: A post-traumatic management strategy for hierarchical organizations. *Occupational Medicine*, 53, 469–447.
- Keenan, B. (1991). *An evil cradling*. London: Vintage.
- Leavell, H. R. & Clark, E. G. (1979). *Preventive medicine for the doctor in his community* (3rd edn). Huntington, NY: Robert E. Krieger.
- MacManus, D., Jones, N., Wessely, S., Fear, N. T., Jones, E. & Greenberg, N. (2014). The mental health of the UK Armed Forces in the 21st century: Resilience in the face of adversity. *Journal of the Royal Army Medical Corps*, 0, 1–6.
- Ministry of Defence (2005). *Overarching review of operational stress management*. London: Ministry of Defence.
- NICE (2005). *Post-traumatic stress disorder: Management*. Retrieved from www.nice.org.uk/guidance/cg26?unlid=29678580220161295178.
- Salmon, T. W. (1917). Care and treatment of mental diseases and war neuroses (shell shock) in the British army. *Mental Hygiene*, 1, 509–547.
- Shapiro, F. & Forrester, M. (1998). *EMDR: The breakthrough 'eye movement' therapy for overcoming anxiety, stress and trauma*. New York, NY: Sage.
- Sharp, M. L., Fear, N. T., Rona, R. J., Wessely, S., Greenberg, N., Jones, N. & Goodwin, L. (2015). Stigma as a barrier to seeking health care among military personnel with mental health problems. *Epidemiologic Reviews*, 37, 144–162.
- Shephard, B. (2003). *A war of nerves: Soldiers and psychiatrists 1914–1944*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Surgeon General's Policy Letter (SGPL) 07/95 (1995). *The Prevention and Medical Screening of Stress Related Disorders in the Armed Forces*. London: UK Ministry of Defence.

Вплив військової культури на психічне здоров'я та пошук допомоги

Волтер Б'юсuttіл

Вступ

Військові люди є унікальними. Багато аспектів поведінки, які визначають пошук допомоги та участь у лікуванні психічного здоров'я військовослужбовців і ветеранів, можна зрозуміти через культурні особливості, сформовані військовою підготовкою, досвідом, пов'язаним із перебуванням у військових операціях і бойових діях, а також розривом безпечної прив'язаності під час звільнення з армії. Розуміння цих факторів має важливе значення для клінічного лікування психічного здоров'я ветеранів.

Військове право, культура та ієрархія

У війську діє жорстка дисциплінарна система, керована ієрархічною структурою звань, яка глибоко засвоюється під час військової підготовки. Повага до звання представника Королеви чітко викладена в Правилах Королеви (Queen's Regulations (HMSO, 1975)), і всі військові повинні дотримуватися Військового Права (Military Law) та негайно виконувати накази. Будь-яке відхилення від цього може призвести до застосування кодексу військової поведінки та дисциплінарної системи. Дисциплінарна система, своєю чергою, є жорсткою і регулюється Queen's Regulations, та може призвести до втрати привілеїв, покарання або ув'язнення у військовій в'язниці, що супроводжується ганебним звільненням із військової служби та втратою пенсії. Ці правила діють як у мирний час, так і під час бойових дій та війни. Ієрархія створена для забезпечення того, щоб під час бою особовий склад без вагань підкорявся інструкціям і виконував накази незалежно від наслідків.

Цей контекст створює напругу між виконанням роботи та психологічною декомпенсацією. Століттями військові організації визнавали, що певні короткострокові та довгострокові поведінкові стани можуть бути спричинені стресом битви. Для опису змін у поведінці, які спостерігаються після бою, використовувалися такі терміни, як «контузія», «відсутність моральної стійкості» та «симуляція». Історично вважалося, що це обумовлено дефіцитом

особистості, органічним ураженням мозку, серцевою хворобою або просто боягузством (Busuttil, 1995; Moran, 2007). Ті, хто знаходився на вершині військової ієрархії, застосовували дисциплінарні заходи до постраждалих у такий спосіб осіб. Лікарі й психологи лише нещодавно загалом визнали, що причини цих спостережуваних станів переважно психологічні (Merskey, 1991). Проте попри докази людям у військовій ієрархії важко визнати, що (Постравматичні) Стресові реакції та Розлади військових є не результатом внутрішніх недоліків характеру, а радше прямим результатом впливу травматичних уражень. Традиційно у військовій системі так склалося, що цих осіб звинувачували у найвищій ересі: зраді незаперечних військових етичних кодексів — честі, слави, вірності та сліпої покори (Moran, 2007).

Приєднання до війська

Теорія прив'язаності може пояснити певну динаміку, пов'язану з початком (і закінченням) служби в армії. Ця психологічна модель описує довгострокову й короткострокову динаміку та формування міжособистісних стосунків, а також пов'язану з ними поведінку, їхню міцність та безпеку, вплив на ці стосунки загроз відокремлення і фактичного відокремлення.

Спочатку це явище було описано відносно немовлят і дітей щодо їхнього ставлення до піклувальників (Bowlby, 1969), але згодом поширилося й на міжособистісні стосунки дорослих (Shaver & Hazan, 1988). Зокрема, модель описує передбачувані шаблони безпечної та небезпечної поведінки (що іноді може призвести до розвитку психічних захворювань), пов'язаних із розлученням з піклувальниками та «безпечним середовищем» у дитинстві та дорослому віці. Сформована внаслідок цього психологічна поведінка зумовлена якістю догляду та безпеки, отриманих у віці немовляти та у дитинстві (*ibid.*).

Військо пропонує захоплюючу кар'єру, можливості та новий старт. Хтось вступає до війська, щоб здійснити мрію дитинства, пережити пригоди, отримати фінансову безпеку, професійне навчання та кваліфікацію. Інші тікають від проблем: уникнути бідності, поганого житла, поганих перспектив роботи чи утисків. Хтось вступає до війська, щоб оминати помилкову прив'язаність, породжену труднощами дитинства, поганими зразками для наслідування та кепським доглядом. Комуś важко пристосуватися, а дуже невелика меншість може навіть розвинути нетривалі психічні порушення, включно із короточасними психотичними розладами, обумовленими стресом, які призводять до раннього звільнення з армії. Більшість новобранців приходять до війська ще дуже молодими (McManners, 1993). Для багатьох це взагалі перший досвід виходу з дому, працевлаштування та роботи. Нижній граничний вік для Royal Air Force (RAF), Army and Royal Navy становить 16 років. Вступ до війська у молодшому віці є важливим для перспективного розвитку, оскільки формування особистості все ще триває (Roth, Newman, Pelcovitz, van der Kolk & Mandel, 1997; van der Kolk, 1996). Потім вона формується під впливом військової служби та досвіду психологічної травми.

Більшість новобранців, що влилися у військову сім'ю, створюють хороші зв'язки і добре адаптуються. Найчастіше саме ті, хто мав досвід складних життєвих обставин, найкраще реадaptуються та користуються всіма можливостями для зростання та психологічного розвитку. Вони не матимуть труднощів й з адаптацією до цивільного життя після звільнення. Проте для меншості труднощі виникають, коли вони виходять з-під опіки своєї військової родини та повертаються до цивільного життя; тоді й розпочинається період уразливості для їхнього психічного здоров'я (Andrews, Brewin, Philpott & Hejdenberg, 2009; Iversen *et al.*, 2005; Novaco, Cook & Sarason, 1983).

Тотальна інституція

Армія визначена як «тотальна інституція» (Goffman, 1961). Це означає, що все робиться певним чином і кожен має йому відповідати. Для молодих рекрутів їхні сержанти стають батьками та вчать їх як доглядати за собою та своїм «комплектом» у будь-якій місцевості та за будь-яких обставин. Повсякденні заняття, як-от банківські операції та готування страв, відходять на другий план і забезпечуються військовим відомством або спрощуються легкодоступними порадами. Тож багато навичок, корисних у цивільному житті, не засвоюються і замінюються цілим новим набором військових звичок. Багато новобранців приймають правила гри і входять у світ, який може мати особливий сленг, гумор, традиції, обряди ініціації та табу, що далекі від цивільного життя та відрізняються між різними родами військ або різними полками. Багато з цих традицій психологічно захищають особу від поточної роботи і можуть розглядатися як колективні захисні механізми. Наприклад, використання чорного гумору та дружніх жартів, що часто спостерігаються серед військових під час і після зіткнення з противником. Цей гумор також може звучати й у клініці під час огляду та психологічного втручання і може виявитися перешкодою або непорозумінням для непосвяченого працівника психічного здоров'я (McManners, 1993).

Збройні сили визначають життя людини, кар'єрні перспективи, житло, навчання дітей і працевлаштування подружжя. Зазвичай сім'ї міняють місце проживання та житло кожні кілька років, і перш за все від них очікуються гнучкість та чуйність до потреб військових. Сім'ї можуть бути розлучені зі своїми членами родини військовослужбовцями, як чоловіками, так і жінками, протягом значних періодів часу, а також під час проведення навчань або бойових дій.

«Нонконформісти», які не вписуються в систему, стикаються з труднощами в армії. Дехто може піти добровільно, інші можуть потрапити в неприємності й бути звільнені з дисциплінарних причин, а деяких можуть передчасно звільнити з військової служби під формулюванням «темпераментно непридатний» — «квадратний кілок у круглий отвір», — замість того, щоб надати їм медичне або дисциплінарне звільнення, яке могло б їм знадобитися. Звільнення з армії також може виявитися важким періодом для

«конформістів», які роками служили в армії. Перехід до цивільного життя тягне за собою розірвання військових зв'язків і необхідність заново вчитися функціонувати у цивільному світі, який дуже відрізняється від військового.

Військове життя для переважної більшості надзвичайно позитивне. Однак для невеликої меншості воно часто спричиняє довгострокові проблеми, пов'язані зі здатністю підйому по життєвих сходах і зменшити перспективи працевлаштування. Це, своєю чергою, зазвичай посилює проблеми, пов'язані з інституціоналізацією, розвитком психічних захворювань під час військової служби та пристосуванням до виходу з військового середовища, із виникненням проблем прив'язаності, що походять від первинних (довов'язаних) сімей або комбінації всіх цих факторів. Слід також зазначити, що основне психічне захворювання може дуже ускладнити перехід і, навпаки, перехід може спровокувати психічні захворювання.

Алкоголь

Військова служба має схильність відображати мачо-культуру. Вона заохочує вживання алкоголю для соціалізації, пропагуючи широко поширене ставлення «працюй на повну, розважайся на повну». Існує залежність від соціальної діяльності, пов'язаної з надмірним вживанням алкоголю, особливо серед молоді, і це є звичним явищем після розгортання, під час бойових дій і серед миротворців (Andrews *et al.*, 2009; Fear *et al.*, 2010; Hooper *et al.*, 2008; Iversen *et al.*, 2007).

Недавнє епідеміологічне дослідження, проведене на початковій вибірці з 25 тис. осіб, які представляли 180 тис. британських військовослужбовців, які були розгорнуті в Оп Телік (Ірак) і Оп Херрік (Афганістан), продемонстрували, що 19,7% страждали на такі поширені психічні розлади, як фобії та тривога, з високим рівнем зловживання алкоголем у 13% (Fear *et al.*, 2010). У цьому дослідженні також було виявлено посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у 4% військовослужбовців регулярної служби (для всього особового складу, що перебував у зоні бойових дій, цей відсоток не перевищував показник серед тих, хто не був залучений до бойових дій); 5% у резервістів (порівняно з рівнем ПТСР у 1% серед тих, хто не брав участі в бойових діях) і 6,9% серед військовослужбовців передових бойових підрозділів.

Показники ПТСР у британських військовослужбовців є низькими порівняно з даними американських і австралійських досліджень військового персоналу, розгорнутого в Афганістані та Іраку, причому у деяких дослідженнях в останніх рівень ПТСР серед ветеранів бойових дій досягає 20%. Втім, існує думка, що тривалі алкогольні розлади менш імовірні у американського персоналу порівняно з британським. Причини цих розбіжностей включають культурні відмінності населення Великої Британії. Вважається, що вони частіше вживають багато алкоголю, ніж населення США, і менше схильні озвучувати проблеми психічного здоров'я, ніж мешканці США (Fear *et al.*, 2010).

У дослідженні виборки ветеранів у Великій Британії Ендрюс та співавтори (Andrews *et al.* (2009)) стверджують, що відставні військові зазначають, що колишні військовослужбовці мають вдвічі більшу ймовірність розвитку відстрочених ПТСР, ніж цивільні. Крім того, 36% ветеранів, які страждають від відстроченого ПТСР, стикалися з ним протягом першого року після звільнення зі служби, що свідчить про те, що втрата військових структур підтримки та пристосування до цивільного життя підвищують уразливість. Багато тих, у кого розвинувся ПТСР із відстроченим початком, повідомили про серйозні депресивні розлади та зловживання алкоголем ще до початку проявів ПТСР, причому деякі зазначали, що вони вживали алкоголь у надлишку, щоб впоратися з симптомами порушення психічного здоров'я ще в армії.

Військова психіатрична служба

Роль військової психіатричної служби є подвійною: обслуговувати медичні потреби та виконувати функції з охорони здоров'я військових. Під час зарахування на службу кожному військовослужбовцю, чоловіку чи жінці, присвоюється закодований Медичний Стандарт Придатності (MES), що охоплює фізичне та психічне здоров'я. MES зберігає медичну конфіденційність, водночас інформуючи керівництво про здатність виконувати службові обов'язки та придатність до участі у бойових діях. Погане фізичне або психічне здоров'я вимагає зниження рівня MES, яке може бути тимчасовим або постійним. Це може призвести до втрати шансів на подальше просування у професійній діяльності або навіть до звільнення зі збройних сил за медичними показниками. Військові добре обізнані щодо своїх MES, і переважно не схильні повідомляти про своє нездоров'я.

Клінічні перевірки показують: щороку надходить 4,5 звернень на 1 тис. (або 5 тис. нових звернень). Загальні клінічні прояви включають зловживання алкоголем, депресію, тривогу та розлади адаптації з низьким рівнем ПТСР (4%) серед військовослужбовців (McMannus, 2009; Rona *et al.*, 2007). Новітні епідеміологічні дослідження суперечать давній думці про те, що військова служба зменшує психічні захворювання. Ці дослідження проводилися для порівняння військового населення з населенням загалом (Iversen *et al.*, 2009). Однак якщо порівнювати з працездатним цивільним населенням, то рівні поширених психічних захворювань приблизно вдвічі вищі серед військовослужбовців (Goodwin та ін., 2014). Дослідження показують, що рівень самогубств серед британських військовослужбовців (чоловіків і жінок) такий самий, як і серед цивільних, а в деяких вікових групах навіть нижчий, за одним винятком: рівень самогубств серед колишніх військовослужбовців віком до 24 років у два або навіть у три рази вищий, ніж у їхніх цивільних ровесників. Причини цього незрозумілі, серед припущень: уразливість до служби, проблеми з пристосуванням до цивільного життя та вплив більш несприятливого досвіду (Kapur, White, Blatchley, Bray & Harrison, 2009).

Психологічні наслідки військової підготовки

Військова підготовка має на меті з групи окремих людей зробити ефективну команду. Акцент робиться на місіях і задачах, а не на індивідуальних потребах чи цілях. Об'єднання невеликих команд є основою будь-якого бойового підрозділу британської армії. Якщо команда функціонує добре, то це означає, що кожен в команді надійний, заслуговує на довіру і не підведе команду. «Найслабшою ланкою в ланцюзі» є людина, яка не робить свою частку роботи. Це може бути людина, від якої залежатиме хтось інший в критичній ситуації, наприклад в бою. Отже, ті, хто не сприймається як частина злагодженої команди, ймовірно, будуть відсторонені або не пройдуть навчання, або ж, за інших обставин, будуть піддані ostracismу з боку своїх співслужбовців. У команді немає місця для тих, хто може всіх підвести.

Військова підготовка змінює локус контролю та стилі подолання, дозволяючи солдатам функціонувати у більш внутрішньому локусі та краще вирішувати проблеми (Mikulincer & Solomon, 1988). Завдяки цьому солдати мають змогу бути самодостатніми, стійкими та краще справлятися з психологічною загрозою (ibid). Втім, це добре працює для військових, і не обов'язково корисно для людей психічно нездорових. Адже ті самі якості, які роблять солдатів самодостатніми, цих людей знесилюють, бо не дають їм можливості просити про допомогу, особливо якщо потрібна психологічна допомога. Солдати та ветерани намагаються вирішити власні проблеми самостійно, а прохання про допомогу є останнім засобом (Hoge, Auchterlonie & Milliken, 2006). Отже, якості, які роблять людину хорошим солдатом, також можуть бути якостями, які роблять цю людину поганим пацієнтом.

Військові операції та бойові дії

Військовослужбовці зазнають унікальних психологічних травм. Розгортання в зоні бойових дій може сприйматися як травма для деяких з них, але не для всіх. Допоміжний персонал може ніколи не зазнавати прямої небезпеки, хоча хтось з них може вважати, що вона існує лише тому, що вони перебувають у зоні бойових дій. Нараження допоміжного персоналу на небезпеку — мінометний обстріл, бомбардування (Stouffer, Suchman, DeVinney, Star & Williams, 1949) або потенційний вплив імпровізованих вибухових пристроїв (Improvised Explosive Devices — IED) — для когось може виявитися приголомшливим психологічним ударом, особливо для тих, хто не був навчений вести бойові дії. Наприклад, патрулювання ворожих кварталів, як це спостерігалось під час миротворчих операцій у Північній Ірландії, може бути гнітючим та болісним, навіть якщо не сталося жодного травматичного інциденту.

Бойові дії, що включають вбивство віч-на-віч, з більшою вірогідністю можуть спричинити проблеми з психічним здоров'ям, оскільки це найбільший ризик для життя (Figley, 1978; Iversen *et al.*, 2008; Richardson, Frueh

& Ascierno, 2010). Прицільні вбивства на відстані, як-от сценарії, з якими стикаються оператори безпілотних літальних апаратів або навіть снайпери, можуть бути захищеними, оскільки передбачають меншу ймовірність заподіяння побічної шкоди невинним перехожим, з огляду на те, що місію можна виконати з хірургічною точністю. Миротворчі операції передбачають використання правил ведення бойових дій, інколи це може означати, що підготовлені військовослужбовці не мають права втрутитися перед обличчям жорстоких злочинів. Це може спричинити серйозну психологічну травму. Робота з тілами загиблих і їхня репатріація також можуть стати серйозною причиною психологічної травми, так само як і зіткнення з етнічними чистками або їхніми наслідками, включно з ексгумацією тіл та допомогою жертвам концентраційних таборів (Cantor, 2005).

Моральне ураження

Джанофф-Балмен (Janoff-Bulman (1985) розглядав прийнятне філософське поняття, пов'язане з результатом впливу травми, як етіологічний фактор ПТСР. Зокрема, воно описано як руйнування усталених позитивних цінностей і уявлень про світ, себе та інших.

До діагностичних критеріїв посттравматичного стресового розладу в *Діагностично-статистичному посібнику* (Diagnostic Statistical Manual — DSM) включені такі концепти, як почуття провини, пов'язане з діями та бездіяльністю, а також негативні когнітивні зміни після травми (American Psychiatric Association, 2013). Порівняно нова концепція «морального ураження» розширює концепції Janoff-Bulman та симптоми провини, і про це повідомляли військові медики та капелани, які діяли поблизу театру бойових дій.

Виконуючи свої обов'язки, військовослужбовці стикаються з етичними, моральними та релігійними викликами і дилемами, що спричиняє порушення глибоко укорінених переконань (Litz та ін., 2009). Військові операції та навчання підкреслюють цілі місії з придушенням індивідуальних потреб і переконань. Моральне ураження зазвичай виникає внаслідок сукупності подій (ibid). Концептуальна модель Літца та співавторів (Litz *et al.*) акцентує, що людей можуть переслідувати дисонанс і внутрішні конфлікти. Наприклад: тих, хто брав участь у «килимових бомбардуваннях», що могли завдати великої побічної шкоди; загатованих бійців, які можуть перетворитися на звичайних спостерігачів звірств, що трапляються під час миротворчих операцій, або стати свідками їхніх наслідків, тому що правила не дозволяють втручання; товаришів по зброї, які почуваються безсилими, коли їхні лідери та колеги нехтують правила бойових дій. Уявна організаційна чи особиста зрада також може зумовити етичні дилеми, що спричиняють хронічне почуття провини, гнів та розчарування. Це не призводить до низки психічних розладів, які піддаються діагностуванню, хоча в деяких випадках моральне ураження може бути частиною прояву психічного захворювання, включаючи ПТСР. Існує думка, що ПТСР не повністю охоплює

наслідки цих дилем. Моральне ураження не є психічним захворюванням, а визначається як

скоєння, нездатність запобігти, свідчити або дізнаватися про дії, які порушують глибоко укорінені моральні переконання та очікування. Теорії ПТСР намагаються пояснити довгострокову феноменологію осіб, які постраждали від інших людей (та інших непередбачуваних, неконтрольованих та загрозливих обставин), і не враховують потенційну шкоду, спричинену вчиненням (та моральними порушеннями) у травматичних контекстах.

(Litz et al., 2009, p. 700)

І хоча стверджується, що діагностичні критерії ПТСР не повністю відображають наслідки порушення етичних цінностей, деякі прояви морального ураження все ж таки були зафіксовані в останньому DSM (DSM-V). До них належать, зокрема: сором і провина; саморуйнівна поведінка, наприклад самоушкодження або відмова від цінних стосунків; втрата життєвої мети та подвійна мораль. Літц та співавтори (2009) постулюють, що моральна шкода може з часом «розвіятися», і зазначають, що здоровий глузд, здатний до емпатії, є для цього необхідною умовою. Вони пропонують модель втручання, яка включає формування розуміння пов'язаних моральних кодексів поведінки та емоцій, а також вплив сорому на соціальну поведінку і самопрощення. Рекомендується поєднання духовної допомоги та терапевтичного втручання. Також варто долучити підхід модифікованого лікування.

Сім'ї військових

На подружні стосунки і сімейне життя може негативно вплинути цикл служби у мирний час, який призводить до «синдрому періодичного чоловіка», що характеризується симптомами тривоги, депресії та сексуальних труднощів подружжя. Цей синдром описаний у дружин працівників нафтових вишок, пілотів авіакомпаній та військовослужбовців (Busuttill & Busuttill, 2001). Найчастіше саме невдоволені дружини стають причиною передчасного звільнення чоловіків з армії (Iversen *et al.*, 2005). Необхідні додаткові дослідження щодо впливу відсутності дружин на чоловіків.

Військовослужбовець, направлений у зону бойових дій, має ризик опинитися під загрозою смерті. Дослідження показали, що внаслідок таких форм розлуки в подружжя можуть розвинути різноманітні психіатричні симптоми. До них належать тривога, поганий настрій, симптоми посттравматичного стресу та дисфункціональна поведінка, як-от зловживання алкоголем і ризиковані манери (Bey & Lange, 1974; Quinault, 1992). Розлука, що загрожує смертю військовослужбовця, який знаходиться в зоні бойових дій, може спричинити процес «очікуваного горя», яке впливає на тих, хто залишився (Eliot, 1946; Lindermann, 1944; Meyer, 1981; Teichman, Spiegel & Teichman, 1978).

«Очікуване горе» вперше було описане під час Другої світової війни (Lindermann, 1944) як процес, у якому дружина проходить через усі етапи горя, оскільки вона боїться втрати життя свого чоловіка, який пішов на війну. Було також зазначено, що якщо в родині є діти, психіатричні симптоми та поведінка матері відбиватимуться й на них (Busuttill & Busuttill, 2001). Зрештою, завершення процесу переживання горя до повернення військовослужбовця додому впливає на возз'єднання та реінтеграцію його у шлюб або партнерство, що може негативно позначитися на якості та тривалості стосунків.

Зафіксована тенденція зростання рівня домашнього насильства після того як військовослужбовець повертається після участі в бойових діях. Наприклад, дослідження, проведене за участю особового складу, який був відряджений з Великої Британії до Афганістану та Іраку, показало, що насильницька поведінка після повернення становила 12,6%. Значною мірою це було обумовлено антисоціальною поведінкою до вступу до збройних сил, виконанням бойових обов'язків і численними травматичними подіями та проблемами психічного здоров'я, як-от ПТСР і зловживання алкоголем (MacManus *et al.*, 2012).

У подальшому дослідженні насильницькі правопорушення виявилися втричі вищими серед осіб віком до 30 років порівняно з аналогічним невійськовим населенням. За результатами дослідження чоловіки нижчого звання та з досвідом насильства до служби більш схильні до ризику насильницьких правопорушень, а участь у бойових діях і спостереження травматичних подій лише підвищують цей ризик. Безпосередній бойовий досвід збільшує ймовірність вчинення насильницького злочину на 53%. Часте зіткнення з травматичними подіями це також фактор ризику, що сприяє зростанню рівня насильства.

Діагноз ПТСР, високий рівень самозвітуваної агресивної поведінки після повернення з місії та зловживання алкоголем виявилися сильними предикторами подальших насильницьких правопорушень (MacManus *et al.*, 2013).

Життя з військовослужбовцем або ветераном, який страждає на ПТСР та інші психічні розлади, може бути складним для подружжя чи партнера та членів сім'ї цієї особи. Британські дослідження (e.g., Murphy, Palmer & Busuttill, 2016) демонструють високі рівні тривоги, депресії, розладів, пов'язаних із зловживанням алкоголем, і ПТСР, що розвивається через процес емоційного забруднення, у подружжя ветеранів та доглядальників, і це співпадає з даними дослідження, проведеного з ветеранами США (Williams, 1987).

Історично склалося так, що родини британських військовослужбовців, які мешкають у сімейному житлі (квартирі для подружжя), отримували первинну медичну допомогу (Primary Care) через військову службу General Practices. Проте внаслідок поступового скорочення медичних послуг і тому, що все більше родин військовослужбовців надають перевагу проживанню в цивільних громадах, а не в службових квартирах, первинна медична допомога (Primary Care), що надається військовою первинною медичною допомогою (Primary Care) для родин військовослужбовців, стає дедалі рідшою.

Тому вкрай необхідне навчання цивільних медичних працівників первинної ланки (NHS Primary Care) щодо унікальності динаміки та потреб сімей військовослужбовців та ветеранів.

Звільнення з військової служби

У Великій Британії ветераном вважається особа, яка прослужила один день в армії. Зараз ветеранів близько 4,2 мільйона. В деяких військових психологічні симптоми під час переходу до цивільного життя можуть ставати сильнішими та частішими (Andrews *et al.*, 2009; Scheiner, 2008).

Під час перехідного періоду давні зв'язки з підтримуючою «військовою сім'єю» розриваються. Декому цивільне середовище може здатися чужим. Хтось з тих, хто має родину, вперше отримує більше часу, щоб побути з нею після звільнення від циклу участі в бойових діях та навчаннях (Iversen *et al.*, 2005; van Staden *et al.*, 2007). Це може призвести до напруги та труднощів. Втім, більшість добре справляються з переходом, який, бува, виявляється досить складним.

Психологічні проблеми значно імовірніші, якщо спосіб звільнення з армії є раптовим або незапланованим, або суперечить бажанням особи. Дехто звільняється під тиском дисциплінарної системи, і їм наказують піти під грифом SNLR — «послуги більше не потрібні». Декого можуть віддати під військовий суд і, можливо, їм доведеться провести певний час у військовій в'язниці, розташованій у Колчестері, перед тим як їх звільнять з армії після відбуття терміну покарання з ярликом «безчесного звільнення». Інші могли успішно подати заявку на передчасний добровільний вихід на пенсію (PvR); можливо тому, що не змогли впоратися з прихованими симптомами психічного здоров'я. Відверте зловживання алкоголем, що призводить до дисциплінарних стягнень, радше може стати причиною звільнення з армії за дисциплінарними підставами, аніж за медичними показаннями. Проте останнім часом більш поширеним стало звільнення через скорочення регулярного складу. Деякі військові можуть психологічно страждати через скорочення і змушені залишати армію попри небажання. Інші можуть відчувати, що втрачають щедрі виплати, а хтось з тих, хто залишається у складі збройних сил після завершення циклу звільнення, отримує підвищене робоче навантаження та перспективу посилення професійного стресу.

Більшість тих, хто залишив службу, після звільнення почуваються добре та працюють повний робочий день. Ті, хто мав проблеми з психічним здоров'ям під час служби, з більшою вірогідністю залишають службу та після звільнення мають великі шанси залишитися без роботи (Iversen, *et al.*, 2005; Jones *et al.*, 2014). Є непідтверджені докази того, що рівень психічних захворювань залишається статичним після переходу до цивільного життя; меншість живе погано (Iversen *et al.*, 2005). Інші дослідження демонструють погіршення після перехідного періоду, де ПТСР і алкогольні розлади стають все більш поширеними (Andrews *et al.*, 2009).

Бездомність і система кримінального правосуддя

Дослідження, проведене в Університеті Йорку (University of York (Jones *et al.*, 2014), дійшло висновку, що кількість бездомних ветеранів у Великій Британії невідома. Цілком ймовірно, що багато бездомних мають проблеми з психічним здоров'ям. За різними оцінками, у середині 2000-х серед дорослого бездомного населення Великобританії приблизно 9-10% були ветеранами. У списках осіб, що потребують житло, одиноких ветеранів виявилось не надто багато. Більшість досліджень серед самотніх ветеранів за останні 20 років є неопублікованими невеликими якісними дослідженнями; у Великій Британії немає рецензованих досліджень серед одиноких ветеранів, як і немає оцінок послуг, наданих бездомним ветеранам. Крім того, у Великій Британії не існує національних когортних досліджень бездомних самотніх ветеранів або довготривалих досліджень, які б давали уявлення про те, що призвело до втрати житла, або якихось інших довгострокових спостережень.

Причини бездомності серед ветеранів оцінюються як складні, без чітких доказів того, що військова служба збільшує або не збільшує ризик бездомності. Існують докази того, що спеціалізовані благодійні організації та служби для ветеранів забезпечують «прискорений» доступ до підтримки, а її використання може бути вищим, якщо ці служби мають військові «знання» або досвід. Дослідження в Йорку також дійшло висновку, що недостатньо досліджуються виконання та тлумачення зобов'язань місцевих органів влади (відповідно до the Armed Forces Act, 2011) та законодавства про бездомність.

У Системі Кримінального Правосуддя (Criminal Justice System) відсутні точні дані щодо справжньої кількості ветеранів. Цифри дуже різняться: від 10% ув'язнених, або 8500 осіб (National Probation Officers Association (NAPO), 2009), до 3%, або 2500 осіб (Department of Analytical Services and Advice (DASA), 2009). Повідомлялось, що ветерани у в'язницях представляють найбільшу професійну групу серед правопорушників, ще 12 500 ветеранів умовно-достроково звільнені або перебувають під пробацийним наглядом. Це означає, що понад 20 тис. ветеранів перебувають під контролем виправних служб (Veterans in Prison Association (VIPA) 2010, as cited in Busuttill, 2012).

NAPO зазначає, що серед правопорушень зазвичай переважають зловживання наркотиками та алкоголем і схильність до насильства, особливо домашнього а, а також що багато хто страждає на депресію і ПТСР. Ці твердження підтримуються академічними дослідженнями (MacManus *et al.*, 2012, 2013). В них йдеться про високий рівень статевих злочинів, які вимагають подальшого розслідування. Втім, зв'язок між правопорушеннями та психічним здоров'ям не зовсім зрозумілий серед військовослужбовців та ветеранів.

Ініціативи щодо зменшення негативних наслідків від переходу до цивільного життя

Останнім часом багато уваги приділяється процесу виходу з війська та супутні проблеми. Найважливіші ініціативи викладено в таких документах, як Government's paper *Fighting Fit* (Murrison, 2010) і Військова Угода (Military Covenant), що є частиною Закону про Збройні Сили (the Armed Forces Act 2011). Armed Forces Act 2011 є правовою основою для існування збройних сил. Однією з головних причин перегляду цього Закону в 2011 році було включення до нього Угоди про Збройні Сили (Armed Forces Covenant); в Розділі 2 передбачено, що Міністр Оборони (Defence Secretary) повинен щороку звітувати про прогрес у «відновленні» військової угоди. Окремо згадуються галузі охорони здоров'я, освіти та житла.

Fighting Fit, автором якого є Доктор Ендрю Моррісон (Dr Andrew Murrison), член Парламенту (резервіст і ветеран медичної служби), підкреслив важливість узгодженого підходу до психічного здоров'я ветеранів на національному рівні, включаючи: (i) створення національної телефонної лінії допомоги для ветеранів та їхніх родин під орудою благодійної організації Combat Stress; (ii) краще обстеження психічного здоров'я перед звільненням із військової служби та подальше спостереження за станом здоров'я звільнених з лав збройних сил, що дає змогу контролювати психічне здоров'я військових протягом шести місяців після звільнення а також забезпечити плавний перехід до лікування у закладах NHS; (iii) надання приміщень для веб-чатів під клінічним наглядом через благодійну організацію «Велика Біла Стіна» (Big White Wall), що включає онлайн-лікування та підтримку. Створення Регіональних мереж NHS/Збройних сил (10 у системі NHS Англії та подібні мережі в країнах Сполученого Королівства з переданими повноваженнями) було спрямоване на забезпечення того, щоб ветерани не мали жодних перешкод при отриманні медичної допомоги від NHS. Кожна мережа включала підгрупу з питань психічного здоров'я, яка відповідала за впровадження рекомендацій документа *Fighting Fit* (Відмінний фізичний стан). На жаль, використані моделі не були стандартизовані, що ускладнило аналіз результатів та ефективності. Деякі з цих мереж надають клінічні втручання у сфері психічного здоров'я, інші — займаються освітніми програмами, підвищенням обізнаності та спрямуванням ветеранів до офіційних медичних служб NHS.

Угода про Збройні Сили (Armed Forces Covenant) встановлює відносини між нацією, урядом і збройними силами, та визнає, що вся нація має моральний обов'язок перед членами збройних сил та їхніми сім'ями, і стверджує, що вони мають отримувати відповідне ставлення. Це закріплює обіцянки військовослужбовцям і ветеранам, що допомога, включно із пріоритетним лікуванням, буде надана тим, хто ризикував своїм життям на службі заради свободи та країни. Однак у багатьох випадках медики та дотичні служби не надають пріоритету, оскільки клінічні потреби зазвичай мають перевагу над

пріоритетом ветеранів. Covenant ґрунтується на двох основних принципах. Перший — спільнота збройних сил не повинна зазнавати жодних обмежень порівняно з іншими громадянами у доступі до державних і комерційних послуг. Другий — у деяких випадках доцільно надавати найкращу підтримку, особливо тим, хто пожертвував найбільше, як-от поранені та сім'ї загиблих, зокрема щодо отримання ними медичних послуг у межах державної системи охорони здоров'я (NHS). Covenant існує, щоб усунути недоліки, з якими може зіткнутися спільнота збройних сил порівняно з іншими громадянами, і визнати жертви, принесені військовими.

Угода про Збройні сили (Armed Forces Covenant) підтримується Угодою Громади (Community Covenant) і Корпоративною Угодою (Corporate Covenant). The Community Covenant заохочує місцеві громади підтримувати спільноти збройних сил у своїй місцевості та сприяти розумінню та обізнаності громадськості. Corporate Covenant є публічною обіцянкою бізнесових та інших організацій, які бажають продемонструвати свою підтримку спільноти збройних сил. Наслідки цих ініціатив потребують оцінки.

Поведінка пошуку допомоги та боротьба зі стресом

Збройні сили Великої Британії визнають, що існують перешкоди у справі охорони психічного здоров'я. Втручання для сприяння освіти та поведінці, спрямованій на пошук допомоги, описані в Розділі 4 цієї книги. На сьогодні в армії мало доказів того, що ці заходи справді істотно змінили рівень звернень за допомогою серед тих, хто все ще служить в армії. Проте є докази того, що ці заходи могли допомогти ветеранам звернутися за допомогою раніше, коли вони залишили військову службу. Моделі направлення до Combat Stress, національної благодійної організації психічного здоров'я ветеранів, протягом останніх 20 років були предметом нещодавнього дослідження (Murphy, Weijers, Palmer & Busuttill, 2015 b). Протягом дослідження, термін, який знадобився учасникам для звернення за допомогою після звільнення з армії, скоротився вдвічі. Кількість людей, які звернулися за допомогою, зросла на 26% у період між 2014 та 2015 роками. Причини цього можуть включати: публікації у ЗМІ про військові дії в Афганістані та Іраку, які висвітлювали тяжке становище ветеранів, що страждають на психічні розлади; підвищення освіти під час служби в армії; краща обізнаність членів сім'ї щодо проблем психічного здоров'я, пов'язаних із військовою службою; кращі знання та популяризація в засобах масової інформації існування благодійної організації Combat Stress і широкого спектра клінічних і соціальних послуг (van Hoorn *et al.*, 2013).

Ці результати свідчать про те, що протягом наступних років зростатиме кількість ветеранів, які шукатимуть допомоги через проблеми з психічним здоров'ям (Murphy *et al.*, 2015a). Ветерани війн в Афганістані та Іраку звертаються по допомогу раніше, ніж ветерани попередніх конфліктів. В середньому вони звертаються по допомогу через 2,2 та 4,8 року відповідно після

звільнення з армії, на відміну від середнього показника 13,2 року для ветеранів, які брали участь у всіх інших конфліктах і війнах (Murphy *et al.*, 2015b; van Hoorn *et al.*, 2013). Втім, тут важливо зазначити, що за даними клінічних перевірок, близько 80% найбільш хворої групи людей, які шукають допомоги, вже зверталися до фахівців з психічного здоров'я або до первинної медичної допомоги через психічні захворювання, що вказує на обмежену взаємодію у статутних службах NHS (Busuttil, 2010), хоча існує неофіційна думка, що створення спеціальних клінік психічного здоров'я для ветеранів заохотить їх до лікування (Dent-Brown, 2010).

Висновок

При роботі з військовослужбовцями, які проходять службу, та ветеранами важливо розуміти військову культуру, оскільки це те, що робить військовослужбовців і ветеранів такими, якими вони є. Зрештою, ті, хто ставлять за мету лікування психічних розладів, мають розуміти культуру, яка перековує цивільних осіб у членів збройних сил і допомагає їм виконувати свої задачі в ході військових операцій.

Ці фактори визначають рівень і моделі пошуку допомоги та залучення до участі в лікуванні, завершенні лікування та отриманні результатів. На перший погляд потреби ветеранів у сфері психічного здоров'я можуть не виглядати унікальними, однак насправді вони є складними, і на ці фактори мають зважати ті, хто розробляє та надає клінічні послуги.

References

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th edn). Washington, DC: APA.
- Andrews, B., Brewin, C. R., Philpott, R. & Hejdenberg, J. (2009). Comparison of immediate-onset and delayed-onset posttraumatic stress disorder in military veterans. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 767–777.
- Armed Forces Act (2011). Retrieved from www.legislation.gov.uk/ukpga/2011/18/contents.
- Bey, D. R. & Lange, J. (1974). Waiting wives: Women under stress. *American Journal of Psychiatry*, 131, 283–286.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Volume 1: Attachment*. New York, NY: Basic Books.
- Busuttil, W. (1995) Interventions in posttraumatic stress syndromes: Implications for military and emergency service organisations (Unpublished MPhil thesis). University of London, Royal Holloway and Bedford College, Egham.
- Busuttil, W. (2010). Veterans' mental health: The role of the third sector charity Combat Stress: Expanding community outreach services and bespoke residential treatment programmes. *British Association for Counselling & Psychotherapy*, 68, 2–9.
- Busuttil, W. (2012). Military veterans' mental health – the long-term post trauma support needs. In R. Hughes, A. Kinder & C. L. Cooper (eds) *International Handbook of Workplace Trauma Support* (pp. 458–474). Oxford: Wiley-Blackwell.

- Busuttill, W. & Busuttill, A. M. C. (2001). Psychological effects on families subjected to enforced and prolonged separations generated under life-threatening situations. *Sexual and Relationship Therapy*, 16, 207–228.
- Cantor, C. (2005). *Evolution and posttraumatic stress: Disorders of vigilance and defence*. London: Routledge.
- Dent-Brown, K. (2010). *An evaluation of six community mental health pilots for veterans of the armed forces*. Retrieved from www.dent-brown.co.uk/ComVets%202010.
- Department of Analytical Services and Advice (DASA) (2009). Retrieved from <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20140116142443/http://www.dasa.mod.uk/publications/UK-defence-statistics-compendium/2009/2009.pdf>.
- Eliot, T. D. (1946). War bereavements and their recovery. *Marriage and Family Living*, 8, 1–8.
- Fear, N. T., Jones, M., Murphy, D., Hull, L., Iversen, A. C., Coker, B., Machell, L., Sundin, J., Woodhead, C., Jones, N., Greenburg, N., Landau, S., Dandeker, C., Rona, R. J., Hotopf, M. & Wessely, S. (2010). What are the consequences of deployment to Iraq and Afghanistan on the mental health of the UK Armed Forces? A cohort study. *The Lancet*, 375, 1783–1797.
- Figley, C. R. (1978). *Stress disorders among Vietnam veterans: Theory, research and treatment*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Garden City: Anchor Books.
- Goodwin, L., Wessely, S., Hotopf, M., Jones, M., Greenberg, N., Rona, R. J. & Fear, N. T. (2014). Are common mental disorders more prevalent in the UK serving military compared to the general working population? *Psychological Medicine*, 45, 1881–1891.
- HMSO (1975). *The Queen's regulations for the Army*. Retrieved from www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/433769/QR_Army.pdf.
- Hoge, C. W., Auchterlonie, J. L. & Milliken, C. S. (2006). Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *Journal of the American Medical Association*, 295, 1023–1032.
- Hooper, R., Rona, R. J., Jones, M., Fear, N. T., Hull, L. & Wessely, S. (2008). Cigarette and alcohol use in the UK Armed Forces and their association with combat exposures: A prospective study. *Addictive Behaviours*, 33, 1067–1071.
- Iversen, A., Dyson, C., Smith, N., Greenberg, N., Walwyn, R., Unwin, C., Hull, L., Hotopf, M., Dandeker, C., Ross, J. & Wessely, S. (2005). 'Goodbye and good luck': The mental health needs and treatment experiences of British ex-service personnel. *British Journal of Psychiatry*, 186, 480–486.
- Iversen, A., Fear, N. T., Ehlers, A., Hacker Hughes, J., Hull, L., Earnshaw, M. N., Greenberg, N., Rona, R., Wessely, S. & Hotopf, M. (2008). Risk factors for post-traumatic stress disorder among UK Armed Forces personnel. *Psychological Medicine*, 38, 511–522.
- Iversen, A., van Staden, L., Hacker Hughes, J., Browne, T., Hull, L., Hall, J., Greenberg, N., Rona, R. J., Hotopf, S., Wessely, M. & Fear, N. T. (2009). The prevalence of common mental disorders and PTSD in the UK military: using data from a clinical interview-based study. *BMC Psychiatry*, 9, 68.
- Iversen, A., Waterdrinker, A., Fear, N. T., Greenberg, N., Barker, C., Hotopf, M., Hull, L. & Wessely, S. (2007). Factors associated with heavy alcohol consumption in the UK Armed Forces: Data from a health survey of Gulf, Bosnia and era veterans. *Military Medicine*, 172, 956–961.

- Janoff-Bulman, R. (1985). The aftermath of victimisation: rebuilding shattered assumptions. In C. R. Figley (ed.), *Trauma and its wake: The study and treatment of post-traumatic stress disorder* (Vol. 1) (pp. 15–35). New York, NY: Brunner Mazel.
- Jones, A., Quilgars, D., O'Malley, L., Rhodes, D., Bevan, M. & Pleace, N. (2014). *Meeting the housing and support needs of single veterans in Great Britain*. York: University of York.
- Kapur, N., White, D., Blatchley, N., Bray, I. & Harrison, K. (2009). Suicide after leaving the UK Armed Forces a cohort study. *PLoS Medicine*, 6, 1–09.
- Lindermann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141–148.
- Litz, B. T., Stein, N., Delaney E., Lebowitz, L., Nash, W. P., Silva. C. & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review*, 29, 695–706.
- McManners, H. (1993) *The scars of war*. London: HarperCollins.
- MacManus, D., Dean, K., Al Bakir, M., Iversen, A. C., Hull, L., Fahy, T., Wessely, S. & Fear, N. T. (2012). Violent behaviour in UK military personnel returning home after deployment. *Psychological Medicine*, 42, 1663–73.
- MacManus, D., Dean, K., Jones, M., Rona, R. J., Greenberg, N., Hull, L., Fahy, T., Wessely, S. & Fear, N. T. (2013). Violent offending by UK military personnel deployed to Iraq and Afghanistan: A data linkage cohort study. *The Lancet*, 381, 907–17.
- McMannus, F. B. (2009, 2–5 June). *Accessing defence psychiatric services: Clinical pathways to the NHS and other agencies on leaving the military*. Paper presented at Veterans' Mental Health: Annual Meeting of the Royal College of Psychiatrists. Liverpool: BT Convention Centre.
- Merskey, H. (1991). Shellshock. In G. E. Berrios & H. Freeman (eds), *150 years of British psychiatry 1841–1991* (pp. 245–267). London: Gaskell.
- Meyer, E. J. (1981). Über das Trauern um Vermisste. Eine blfragung von ehfrauen, knidern und greschwistern [Mourning the missing: A survey of wives, children and brothers and sisters]. *Archives fur Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 230, 91–101.
- Mikulincer, M. & Solomon, Z. (1988). Attributional style and combat-related Post-Traumatic Stress Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 3, 308–313.
- Moran, (Lord) (2007). *The anatomy of courage: The classic WWI study of the psychological effects of war*. London: Constable & Robinson.
- Murphy, D., Hodgman, G., Carson, C., Spencer-Harper, L., Hinton, M., Wessely, S. & Busuttil, W. (2015a). Mental health and functional impairment outcomes following a six-week intensive treatment programme for UK military veterans with Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): A naturalistic study to explore dropout and health outcomes at follow-up. *BMJ Open*, 5, e007051.
- Murphy, D., Palmer, E. & Busuttil, W. (2016). Mental health difficulties and help-seeking beliefs within a sample of female partners of UK veterans diagnosed with Post-Traumatic Stress Disorder. *Journal of Clinical Medicine*, 5, 68.
- Murphy, D., Weijers, B., Palmer, E. & Busuttil, W. (2015b). Exploring patterns in referrals to Combat Stress for UK veterans with mental health difficulties between 1994 and 2014. *International Journal of Emergency Mental Health*, 17, 652–658.
- Murrison, A. (2010). *Fighting fit: A mental health plan for servicemen and veterans*. Retrieved from www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/27375/20101006_mental_health_Report.pdf.

- NAPO (2009). *Armed forces and the Criminal Justice System*. Retrieved from www.revolving-doors.org.uk/documents/napo-report-on-ex-forces-in-criminal-justice-systems/.
- Novaco, R., Cook, T. M. & Sarason, I. G. (1983). Military recruit training: An arena for stress-coping skills. In D. Mietchenbaum & M. E. Jaremko (eds), *Stress reduction and prevention* (pp. 377–417). New York, NY: Plenum Press.
- Quinault, W. (1992). A study of the incidence of stress and anxiety related health problems among the dependants of RAF personnel during the Gulf War. *Nursing Practice*, 5, 12–23.
- Richardson, L. K., Frueh, B. C. & Acierno, R. (2010). Prevalence estimates of combat-related PTSD: A critical review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 4–19.
- Rona, R. J., Fear, N. T., Hull, L., Greenberg, N., Earnshaw, H., Hotopf, M. & Wessely, S. (2007). Mental health consequences of overstretch in the UK Armed Forces: First phase of a cohort study. *British Medical Journal*, 335, 571–572.
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., van der Kolk, B. A. & Mandel, F. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV field trial for post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 539–556.
- Scheiner, N. S. (2008). Not 'at ease': UK veterans' perceptions of the level of understanding of their psychological difficulties shown by the National Health Service (Unpublished doctoral thesis). City University, London.
- Shaver, P. R. & Hazan, C. (1988). A biased overview of the study of love. *Journal of Social and Personality Relationships*, 5, 473–501.
- Stouffer, S. A., Suchman, E. A., DeVinney, L. C., Star, S. A. & Williams, R. M. (1949). *The American soldier: Adjustment during army life* (Vol. 1). Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Teichman, Y., Spiegel, Y. & Teichman, M. (1978). Crisis intervention with families of servicemen. *American Journal of Community Psychology*, 6, 315–325.
- van der Kolk, B. A. (1996). Trauma and memory. In B. A. van der Kolk, A. McFarlane & L. Weisaeth (eds), *Traumatic stress* (pp. 279–302). New York, NY: Guilford.
- van Hoorn, L. A., Jones, N., Busuttil, W., Fear, N. T., Wessely, S., Hunt, E. & Greenberg, N. (2013). Iraq and Afghanistan veteran presentations to Combat Stress, since 2003. *Occupational Psychiatry*, 63, 238–241.
- van Staden, L., Fear, N. T., Iversen, A., French, C. E., Dandeker, C. & Wessely, S. (2007). Transition back into civilian life: A study of personnel leaving the U.K. armed forces via 'military prison'. *Military Medicine*, 172, 925–930.
- Williams, C. M. (1987). *Post-traumatic stress disorders: A handbook for clinicians*. Cincinnati, OH: Disabled American Veterans.

Повернення додому

Роберт Бібер, Майкл Стербанд і Крістін Стерба

Нині відома благодійна організація психічного здоров'я ветеранів Combat Stress була створена у 1919 році у відповідь на травматичний досвід ветеранів під час Першої світової війни. В цій книзі ми наводимо стислу оповідь про перші роки роботи Combat Stress, щоб окреслити основу для дослідження справи забезпечення психічного здоров'я ветеранів. Крім того, розповіді ветерана та його дружини є цінним внеском у розуміння процесів отримання травми та відновлення після неї, а також мають «ефект доміно», який може вплинути інші на сім'ї та громади. Отже, історія однієї родини може представляти історії багатьох інших.

Combat Stress: ранні роки

Внаслідок масової демобілізації після перемир'я 1918 року до населення країни влилася велика кількість травмованих ветеранів і їхнє складне становище не можна було ігнорувати. Такий був характер Першої світової, що навіть найвіддаленіше село не уникало втрат і зустріло своїх поранених та скалічених як тілом, так і розумом. Закон про божевільня (Lunacy Act, 1916) залишався остаточним законодавчим положенням, згідно з яким за відповідних обставин травмованих ветеранів утримували в притулках. Крім того, Закони про бродяжництво (Vagrancy Acts), що передбачали функціонування робітних домів, не скасовувалися до 1930 року, тому спроможна забезпечити себе людина незалежно від психічного стану ризикувала впасти до жебрацтва та опинитися у найближчому робітному домі. Багато ветеранів, що після служби на захисті Корони опинилися у скрутному становищі й страждали від душевних ран, опинилися в таких установах.

Наприкінці війни стало очевидним, що чимало проблем мали у підґрунті травми, зумовлені пережитим під час війни. Втім оскільки певні аспекти проблем були культурно неприйнятними як для цивільного населення, так і для військового керівництва, свідцтва отриманого досвіду упокоїлися під шаром пилу у сховищах Міністерства Оборони (Ministry of War). Комітет з вивчення контузій у Саутборо (Southborough Committee Enquiry into 'Shell

Shock') був створений для вивчення шляхів запобігання епідемії після Першої світової війни. Він надав свій звіт у 1922 році, але не відповів на питання, як винагородити лише заслужених військовослужбовців, а не тих, хто через психологічний зрив ухилився від виконання військового обов'язку. З метою запобігти майбутнім епідеміям у доповіді Комітету наказали виключити з офіційної термінології слово «контузія», а також заборонити класифікувати випадки психоневрозу чи психічного розладу як бойову втрату (War Office Committee of Enquiry into 'Shell-Shock', 1922). Отже, Саутборо поставив крапку на будь-яких змінах, а відтак уроки Першої світової війни довелося заново вивчати в ході Другої світової.

Натхненні успіхом кампанії за право жінок на участь у виборах, група жінок, деякі з яких вважалися суфражистками, вирішила забезпечити допомогу ветеранам, травмованим пережитим під час війни. Вони провели таку зустріч під головуванням пані Веддінгем (Mrs Waddingham) у Лондоні 1 листопада 1918 року. Це була не радикальна група тиску робітничого класу, а реформаторська благодійна організація, заснована групою жінок із середнього класу, які мали намір спрямувати свою енергію на допомогу травмованим ветеранам Великої війни. Багато відомих особистостей запросилися віцепрезиденток; серед тих, хто погодився, були Елінор, Віконтеса Горт (Eleanor, Viscountess Gort) і Леді Асквіт (Lady Asquith).

Асоціація взяла собі назву «Товариство реконструкції та бюро добробуту для колишніх військовослужбовців усіх рангів і служб, їхніх дружин, вдів і родичів, включаючи торговельний флот» (Fellowship of Reconstruction and Welfare Bureau for ExServicemen of all Ranks and Services, their Wives, Widows and Relatives, including the Merchant Marine).

До кінця 1918-го Товариство підтримувало виробництво бетону та прісноводний рибний промисел, що були роботодавцями для важко поранених ветеранів, визнаючи важливість забезпечення не лише лікування, а й навчання та працевлаштування. Протягом трьох місяців після свого заснування Товариство вирішило передбачити забезпечення випадків гострого психічного розладу, інакше такі люди були б направлені до притулків, включно з тими, хто страждав на прогресивний параліч, для яких призначалися Будинки для помираючих (Homes for the Dying). У липні 1919-го Товариство змінило назву на «Товариство добробуту экс-службовців», і такою вона залишалася понад 35 років.

Закон про внесення змін до психічного лікування (Mental Treatment Amendment Act 1919) передбачав, що всі колишні військовослужбовці, утримувані у військових психіатричних госпіталях, мають бути переведені без права оскарження до притулків, які діють під егідою Міністерства Пенсій (Ministry of Pensions). Товариство категорично виступало проти цього заходу і планувало організувати великі мітинги, щоб протестувати проти закону й вимагати створення санаторіїв, які не підпадають під контроль та дію Закону про божевілля. Спочатку кампанія викликала значне співчуття громадськості, але з часом виявилось, що це палиця на два кінця, коли з'ясувалося, що,

кидаючи виклик Міністерству, Товариство фактично звинувачувало міністрів Корони у невиконанні своїх обов'язків перед ветеранами. Тож Товариству довелося зазнати приниження через відкликання королівського патронату.

Наразі Товариство розвинулося до конкретних сфер догляду і займається створенням будинків для хворих на нервово-психічні розлади, де вони можуть жити і отримувати лікування. Товариство орендує Чартфілд в Путні (Chartfield in Putney) (будинок, здатний вмістити 13 пацієнтів). Донині продовжується підтримка Veterans Association (VA) через допомогу у фінансуванні, хоча тут вбачався і прихований мотив: вважалося, що престиж у VA відіграє роль у кампаніях зі збору коштів. Товариство отримало добрий старт завдяки підтримці Графа Гейга (Earl Haig), який наприкінці 1919 року запропонував співпрацю з Асоціацією волонтерських агенцій (Association of Voluntary Agencies) на благо ветеранів та їхніх утриманців. Зараз Товариство має значну чергу з потребуючих допомоги, проте може підтримати лише осіб з найгострішою неврастенією.

Первісно намір полягав у тому, щоб представити у цьому мікросвіті серію галузей, придатних для людей з розумовими вадами. Така зайнятість вважалася одним з найперспективніших шляхів реінтеграції травмованих ветеранів у суспільство. Свого часу Товариство придбало компанію Термега лімітед (Thermega Limited) з виробництва текстильного обладнання з електроприводом. Було розглянуто відкриття виробничих потужностей у Манчестері та Глазго в комплексі з гуртожитками для робітників. Товариство придбало додаткові патенти; основним продуктом виробництва були ковдри з електропідігрівом. Підприємство мало приголомшливий успіх, разом було зайнято кілька сотень ветеранів із середньою зарплатою 4 фунти на тиждень. За час дії цієї програми роботу знайшли майже вісім тисяч ветеранів.

До 1920 року, незважаючи на гостру фінансову скруту, кількість будинків, керованих Товариством, зростала, так само, як і співпраця з Pensions Ministry. Тож Військовий госпіталь у Латчмірі (Latchmere Military Hospital) направляв пацієнтів до Чартфілду (Chartfield) попри те, що Міністерство віддало перевагу заміським будинкам з вишуканими фасадами, доглянутими садами, майстернями, тенісними кортами та іншими умовами для рекреації такого рівня, про який Товариство навіть не мріяло.

1922 року вперше відбулося призначення Консультанта Психіатра (Consultant Psychiatrist). На той час Товариство активно підтримувало маніфест Національної Ради за «реформу у сфері божевілья» (National Council for Lunacy Reform). З плином часу Рада зіткнулася зі значними проблемами у фінансуванні, які Товариство намагалося пом'якшити через збільшення фінансових субвенцій, поєднуючи благодійну мету з відкритими політичними та соціальними кампаніями; те, що сьогодні було б предметом серйозного сумніву з боку Charity Commission.

У міжвоєнні роки Товариство фінансово підтримувало сім'ї травмованих ветеранів, обдаровувало різдвяними подарунками та надавало інші види підтримки в разі потреби для ветеранів, що перебували у в'язниці або у



Scenes from our Curative Centre, Tyrwhitt House

Малюнок 6.1 Сцени у лікувальному центрі Тірвіт Хауз (1949)

притулках для божевільних. Такі програми допомоги швидко поширювалися після 1945-го. Малюнок 6.1, узятий із Society's Annual Review 1949, демонструє сцени з Лікувального центру у Тірвіт Хауз ('Curative Centre', Tyrwhitt House). Ветерани тут займаються різноманітними справами: доглядають свиней, виготовляють ящики та роблять фізичні вправи, що дає у цей момент відчуття зосередженості на лікуванні.

До перших років нового тисячоліття Товариство опікувалося понад 100 тис. ветеранів та їхніми родинами за період усіх протистоянь, у яких брали участь Збройні сили Великої Британії, включаючи Північну Ірландію, Ірак та Афганістан. Сьогодні Товариство відоме як Combat Stress. Нинішній процес лікування пройшов довгий шлях від моделі створення умов для перепочинку, що практикувалося у попередні роки, до широкого використання низки різних методів лікування, включно з арттерапією та трудотерапією.

Більшість ветеранів, які отримали допомогу Товариства протягом минулого століття, вважають свої історії надто болючими, щоб ділитися ними. Виключенням став Майк Стерба (Mike Sterba), медик і ветеран Фолклендської війни. У наступній історії він описує свій досвід, щоб підтримати інших ветеранів і підвищити обізнаність про сутність й цінність роботи, яку виконує сьогодні Combat Stress.

Розповідь ветерана

Я був кадровим солдатом з 1962-го по 1988-й рік. Немає потреби надавати детальний звіт про всю мою кар'єру, але вважаю, що важливо дати коротке резюме, що ілюструє навчання та досвід, які я отримав, але все ж залишився вразливим до психологічних травм.

Отже, 1962-го, у віці 15 років, я вступив до Медичного Корпусу Королівської Армії (Royal Army Medical Corps (RAMC)) як молодший новобранець і пройшов подальше навчання та військову підготовку. У 1965 році, коли завершив навчання у коледжі, я обрав спеціалізацію асистента хірурга. Так сталося, що саме в той час спостерігався серйозний дефіцит медиків-десантників, тож я добровільно зголосився на відбір до служби у Повітряно-десантних військах (Airborne Forces).

Парашутний відбірний курс є одним із найвимогливіших курсів, які пропонує армія, як фізично, так і психологічно. Коефіцієнт вибуття дуже високий, адже мета курсу полягає в тому, щоб випробувати вас до меж і поза межами. Пройти курс здатні близько 10-15 відсотків кандидатів. Я пройшов, пішов до Школи парашутної підготовки (RAF Parachute Training School), отримав «крила», червоний берет і 25-відсоткову надбавку до зарплати, яка йшла разом із кваліфікацією!

Мене призначили до 23-ої Парашутної польової швидкої допомоги (23 Parachute Field Ambulance), у складі якої було дві хірургічні бригади по шість осіб у кожній. Ці шість чоловіків стрибали з парашутом, несучи на собі спорядження, достатнє для проведення 10 складних хірургічних операцій, з можливістю виконати ще 50, коли прибував «важкий десант» — Land Rover із додатковим оснащенням.

Найближчі три роки мого життя були присвячені навчанню у театрі бойових дій, а наступні 14 років — службовим відрядженням до екзотичних частин світу, де потребувалися хірургічні бригади для підтримки виконання різноманітних військових наказів уряду Її Величності.

1966 року я познайомився зі своєю майбутньою дружиною Крістін, яка щойно закінчила навчання за фахом медсестри і готувалася їхати в охоплену війною Біафру як цивільна медсестра. Я зробив усе можливе, щоб відмовити їй від цього відрядження. Нарешті, в момент божевілля, сказав: «Не йди на війну — замість того виходь за мене заміж». Ми одружилися в травні 1967 року і незабаром створили сім'ю.

До 1982-го я служив у Північній Африці, на Близькому Сході, на Далекому Сході, у Європі та, звісно, у Північній Ірландії. Я був добре знайомий з усіма видами хірургії, як звичайними, так і травматичними: вогнепальними пораненнями, травмами від вибуху бомби, травмами при стрибках з парашутом, дорожньо-транспортними аваріями, навіть акушерством та гінекологією. Річ у тім, що я був старшим сержантом (Warrant Officer) із 17-річним стажем роботи в травматології. Я мав надзвичайно гарну фізичну форму, цікаву та повноцінну роботу та дуже щасливе домашнє життя.

У квітні 1982-го аргентинські війська захопили Фолклендські острови.

Величезна оперативна група була розгорнута в Південній Атлантиці, щоб звільнити острови і повернути їх під британський суверенітет. Наша хірургічна та допоміжна бригади поступили у розпорядження 2-го батальйону Парашутного полку (2nd Battalion, The Parachute Regiment). 5 квітня 1982 року ми завантажилися на реквізований паром North Sea MV Norland і вийшли у море з Портсмуту. Скільки мені довелося стрибати з літаків, а тепер ми пливли на війну на поромі!

Плавання тривало кілька тижнів. Ми наполегливо тренувалися, складали медичні плани, перевіряли навички та вносили зміни відповідно до ситуації. Відпрацьовували дії за різних надзвичайних обставин, пливучи далі на південь, спостерігали за російськими літаками, що кружляли над головою, і жили під загрозою атаки підводного човна.

21 травня (у річницю нашого весілля), під покровом темряви, оперативна група увійшла в Сан Карлос Вотер, Східний Фолкленд (San Carlos Water, East Falkland), і здійснила штурмову висадку в бухті Айякс (Ajax Bay). Ми розташувалися у єдиній будівлі в бухті Айякс, закинутій бійні з великою холодильною камерою, яку швидко перетворили на розширений хірургічний центр. В нас також був величезний запас боєприпасів і військового обладнання для виконання задач у майбутньому, тож не було й мови про те, щоб позначити будівлю червоним хрестом, щоб вказати, що ми медична частина.

Вдень нас почали атакувати аргентинські військові літаки, хоча переважно вони були зосереджені на флоті. Так тривало невпинно протягом трьох днів. В нас був постійний потік поранених, здебільшого від вибухів бомб, осколків та опіків.

Через п'ять днів ми зазнали повітряного нападу. Раптом ворожий літак з'явився нізвідки й скинув чотири 1000-фунтові бомби на наш складський комплекс. Так сталося, що в той час ми працювали над аргентинськими полоненими. Я щойно зробив перерву, щоб випити чашку чаю, і зайшов забрати пошту, яка прибула з Великої Британії. Пам'ятаю лише, як мене вкручувало в землю, жакхливий шум, і як я намагався дихати, бо мої легені наповнилися гарячим повітрям і газами. Не можу сказати, скільки часу минуло, поки я отямився — секунди чи хвилини? Одразу стало зрозуміло, що торець будівлі, де я стояв кілька хвилин тому, отримав пряме попадання, а саме там зберігалися боєприпаси.

П'ятеро хлопців, з якими я розмовляв лише за кілька секунд до вибуху, були розірвані на шматки. Я швидко допоміг із сортуванням поранених, а потім повернувся в холодильну камеру, боючись того, що можу знайти всередині.

Дивом інші бомби не здетонували. Дві застрягли в стіні та даху будівлі, а третя пройшла над головами поранених, які чекали на евакуацію, і вилетіла на пляж. Хірургічні бригади були приголомшені, але то вже було звичкою справою.

Зрозуміло, що тепер у нас виникла серйозна проблема, адже нашому хірургічному центру треба було працювати за наявності двох бомб, що не вибухнули. Ми не мали іншого виходу, окрім як залишити все як є й сподіватися,



Малюнок 6.2 «Десантники ховають своїх загиблих» (1982)

що бомби не оснащені запалами із затримкою часу. Техніки зі знешкодження бомб сказали, що торкатися до них надто небезпечно, тому нам просто довелося з цим жити. Думаю, що наше навчання просто взяло верх.

Згодом ми оглянули наших поранених та евакуювали кого змогли. За іронією долі одним з поранених був пілот, який скинув на нас ці бомби. Його збила ракетна батарея Морської піхоти (Royal Marines). Він розгублено спостерігав за усім тим хаосом, який спричинив його напад..

Потім ми мали підготуватися до підтримки запланованого нападу на Дарвін та Гус Грін (Darwin and Goose Green). Атаку відклали на 24 години через нашу ситуацію, оскільки очікувалася велика кількість поранених. Ця битва насправді виявилася складною і за перемогу було заплачено високу ціну — ми втратили 17 наших найкращих чоловіків вбитими і 35 пораненими. Полковник Джоунз, наш командир ('N' Jones, our Commanding Officer), був убитий, його нагороджено Хрестом Вікторії (Victoria Cross) посмертно. Поранених лікували та евакуюювали, а наших загиблих поховали у братській могилі в бухті Айякс. Це був дуже сумний день (Мал. 6.2).

Бойові дії тривали, і через кілька днів мене разом з однією хірургічною бригадою відправили вперед до Тіл Інліт (Teal Inlet), щоб підтримати операцію 3-го парашутного батальйону на горі Лонгдон (Mount Longdon). Ми були на межі своїх можливостей, оскільки поранені перебували у дедалі більший

кількості — зазвичай на причепах тракторів, якими керували члени місцевої громади. Ми сформувалися у дві команди по три особи, тож поки наш хірург займався складними травмами, які загрожували життю, я обробляв вогнепальні та осколкові поранення. Й досі бачу це в моїх нічних кошмарах.

Невдовзі ми отримали звістку про те, що «Сер Галахед», допоміжний корабель Королівського флоту (Royal Fleet Auxiliary Ship, Sir Galahad), був розбомблений і згорів. На ньому знаходився головний посилений елемент нашої власної 16 Польової швидкої допомоги (16 Field Ambulance), а також Валлійські гвардійці (Welsh Guards). А ще я дізнався, що дорогий друг і заступник командира підрозділу був убитий разом із двома нашими молодими Бойовими медичними техніками (Combat Medical Technicians). Бої продовжувалися, і ми прибули до порту Стенлі (Port Stanley). Аргентинські війська здалися. Ми зайняли місцеву лікарню на кілька днів, щоб дозволити цивільному персоналу знову стати на ноги, і справу було завершено.

Оскільки ми першими «увійшли», першими й «вийшли». Ми повернулися до Великої Британії, приземлившись на базі RAF Брайз Нортон в Оксфордширі (RAF Brize Norton в Oxfordshire), де нас чекав неймовірний прийом — досить несподіваний і, справді, доволі приголомшливий. Ми ж просто хотіли побачитися зі своїми сім'ями та повернутися додому.

Ми повернулися до наших підрозділів на кілька днів, щоб поповнити обладнання, взяли тижневу відпустку і зажили нормальним життям. Або настільки нормальним, наскільки це можливо в десантників Airborne Forces.

На початку 1984 року я почав відчувати напади надзвичайної втоми, раптові сплески адреналіну, сильну тривогу, втрату концентрації та жахливі кошмари, я почувався дуже погано. Втім, отримав офіцерське звання та обійняв посаду командира роти в тому самому коледжі, де розпочалася моя кар'єра у 1962 році. До літа 1984-го я все ще відчував симптоми, спалахи емоцій, раптово плакав без видимої причини. Нарешті мене охопило відчуття повної втоми. Я захворів на вірусну пневмонію і важко її переніс. Зрештою почав повільно одужувати, проте втома та плаксивість залишалися. Тож я звернувся за допомогою до медичного офіцера (Medical Officer) своєї військової частини і був направлений до Командного психіатра (Command Psychiatrist). Отримав короткий курс медикаментозного лікування і цілком одужав. Тоді мені здавалося, що візит до психіатра майже напевно перешкоджав кар'єрі. Твій командир (Commanding Officer) буде автоматично проінформований, і коли справа дійде до твого щорічного конфіденційного звіту, твої «сильні та слабкі сторони» будуть належним чином відзначені. Запис до «психоаналітика» проводився через дерматологічну клініку (Skin Clinic). Трохи поміркувавши, я вирішив, що так робиться щоб не відчувати ніяковості.

1986 року я повернувся до 23-ої Парашутної польової швидкої допомоги (23 Para Field Ambulance). Наприкінці того ж року у мене знову виникли симптоми, і я почувався дуже пригніченим. Мені було важко зосередитися на найпростіших справах і відвідувати брифінги, і я не приймав жодних ліків. Я знову зустрівся з лікарем і мені знову призначили курс антидепресантів.

У 1987 році мене направили до Судану радником та тренером для Суданських медичних служб (Sudanese Medical Services). Я опинився в дуже складній ситуації. Зараз я долучився до громадянської війни, яка тривала 20 років, і голоду, який тривав п'ять років, і я не мав чітких повноважень. Я був там лише три місяці, але здавалося, що ціле життя. Повернувся я з жахливими враженнями і відчував, що більше не можу продовжувати службу. Тож написав заяву про відставку, а через рік, у вересні 1988-го, покинув службу, на превеликий подив моїх колег і старших офіцерів.

На той час у нас був будинок у Кенті, а пізніше ми купили невелику фруктову ферму з магазином і чайною. Разом ми створили успішний фруктовий бізнес «збирай сам». Мої напади хвороби приходили і йшли, триваючи близько шести місяців. Я відвідував свого GP (лікаря загальної практики), який був добрим і чуйним, відвідував психіатра, приймав усі призначені ліки, але після полегшення наставав рецидив. Погані часи ставали довшими, а періоди благополуччя коротшими. До Різдва 1998 року я вже був на самому дні. Не спав як слід місяцями. Був зовсім знесиленим і думав про самогубство. Постраждала моя особиста гігієна, я повністю втратив самооцінку; і моє споживання алкоголю зросло як форма «самолікування» — небезпечний курс. А одного разу на фермі трапився випадок, коли я вперше відчув дисоціацію. Я не знав, де був, і нічого не пам'ятав про події того дня. Стало зрозуміло, що я не можу далі займатися фермерством, і ми прийняли рішення продати ферму та бізнес.

Близький друг і товариш по Фолклендам дізнався про мій поганий стан і приїхав мене відвідати. Він швидко помітив значну зміну у моєму стані здоров'я і після розмови з моєю дружиною зв'язався з офіцером соціального забезпечення в Combat Stress. Співробітник служби соціального забезпечення прийшов до нас додому і через кілька днів розпочав оформлення документів щодо оцінки мого стану, діагнозу і можливого лікування. У червні 1999 року мене оглянув їхній консультант-психіатр, і я вперше відвідав Тірвіт Хауз (Tyrrwhitt House), лікувальний центр в Сурреї, для двотижневої діагностики.

Нарешті я мав контакт з людьми, які дійсно розуміли, через що я проходив, і міг поговорити про це. Там я з полегшенням усвідомив, що інші також постраждали — я був не один.

Пізніше того ж року я представ перед Медичною Комісією (Medical Board), і мені поставили діагноз: хронічний ПТСР, пов'язаний з моєю службою. З січня 2000-го я проходив лікування в Тірвіт Хауз і досяг стабільного прогресу. Лікувальна програма індивідуальних і групових сеансів, які я пройшов, означає, що тепер я можу застосовувати стратегії подолання, коли виникають симптоми. Я добре розумію свою хворобу і несу за неї повну відповідальність, але мені приємно знати, що Combat Stress готовий допомогти, ПТСР загрожує знову здолати мене/нас. Трагедія в тому, що знадобилося 18 років, щоб знайти Combat Stress.

Наступний текст — це розповідь моєї дружини, як все це бачила вона.

Розповідь дружини

35-та річниця визволення Фолклендських островів швидко наближається, і, без сумніву, ЗМІ знову відвідають її із задоволенням. Для тих із нас, хто безпосередньо чи опосередковано причетний до конфлікту, ця історія ніколи не зникає. Останніми роками про це створено багато книг, фільмів та п'єс, і через них широка публіка дедалі більше дізнається про приголомшливий вплив війни на всіх її учасників. Ми дивимося по телевізору документальні передачі, де старий солдат ділиться спогадами. У якийсь момент він зупиняється, він не може продовжувати, він плаче, і ми плачемо з ним — це гарне телебачення. Але ми не розуміємо, що це верхівка айсберга. Є такі спогади, які він заховує дуже глибоко, бо вони надто болючі, щоб їх обговорювати, навіть думати про них, але вони приходять до старого солдата з виснажливою регулярністю і приходитимуть до нього надалі до кінця його життя.

У своїй проривній книзі *«Анатомія мужності»* лорд Моран (The Anatomy of Courage, Lord Moran), людина з великим досвідом роботи офіцером-медиком у Першій світовій війні, стверджує, що практика використання для «зміцнення лінії» загартованих у боях солдатів була міфом, оскільки, як він припускав, кожна людина має обмежений запас стійкості та може бути лише відповідно задіяний (Moran, 1945).

Мій чоловік був солдатом під час Фолклендського конфлікту, тому я маю право говорити про те, як цей досвід вплинув на нього, його родину та друзів. Але, по суті, його історія нічим не відрізняється від історії будь-якого іншого солдата з будь-якої війни. Ми все ще бачимо це з Балкан, з Іраку, з Афганістану, і незабаром побачимо це з будь-якого іншого місця, куди молодих британських військовослужбовців, чоловіків і жінок, відправляє їхня країна для виконання обов'язку.

Коли мій чоловік відправлявся на Фолклендську війну, він вже мав понад 17 років досвіду травм, тож видовище відірваних кінцівок і вогнепальних поранень не було для нього чимось новим. Майк був на чергуванні, коли сталася надзвичайна ситуація. Він був Warrant Officer, відповідальним за групу польової хірургії. Саме в день 15-ї річниці нашого весілля вони висадилися на пляжі в бухті Айякс. Я медсестра і на той час працювала в госпіталі Фарнем (Farnham Hospital). Пам'ятаю, як розплакалася і тим усіх перелякала, коли мені доставили оберемок червоних троянд від Майка. Я навіть не усвідомлювала під яким стресом перебувала, сидячи вдома перед телевізором, щоб не пропустити жодного повідомлення про перебіг подій. Фраза: «Над Стенлі піднято білий прапор», що вперше прозвучала в новинах і сповістила про кінець війни, все ще може спричинити ком у горлі та сльози на очах навіть через роки.

Вони повернулися додому дуже збентежені, отримали відпустку та повернулися до роботи. Що відбувалося після всього того адреналіну? Майк трохи дратівливий, легко засмучувався і впадав у темну задуму. Приблизно через 18 місяців після повернення він захворів на «грип», не вставав з ліжка,

відмовлявся від будь-якої допомоги, у нього розвинулася вірусна пневмонія і його госпіталізували. Оглядаючись назад, я розумію, що депресія і повна відсутність енергії були першими ознаками ПТСР. А вірусна пневмонія — наслідок вибуху бомби.

Судан перегорнув ще одну значну сторінку в історії Майка. Його напади хвороби виникали і минали. Коли Майк почувався добре, він був таким, яким ми звикли його бачити: впевненим, сповненим енергії та ідей, здатним до адаптації, винахідливим, з яким було весело. Поступово періоди благополуччя ставали коротшими, а періоди хвороби довшими та інтенсивнішими. Найгірше те, що це його повністю виснажувало, щось жакливе відбувалося з моїм чудовим чоловіком і перетворювало його на незнайомця, повністю позбавленого енергії, зануреного у депресію та схильного до суїциду. Ця людина, яка могла зробити і виправити все, що завгодно, тепер була не здатна поміняти штекер або написати листа.

Попри страждання він відчайдушно намагався здаватися гостям нормальним, але не хотів нікого бачити і нічого робити. Він став абсолютно апатичним, втомленим до нестями і страждав від нестерпних нічних кошмарів. Навіть при повному розумінні такого стану важко витримувати це протягом тривалого часу і не знати, коли відбудеться одужання, і чи відбудеться воно взагалі. Плач нічим не допоможе, а спалахи становлять ризик для людини на межі самогубства. Це дуже самотнє місце.

Через добре клопотання старого товариша до Майка прийшов представник від Combat Stress. Його проконсультував їхній психіатр, який сам був Фолклендським ветераном, і Майк вперше навідався до їхнього лікувального центру. Там працює навчений персонал, який надає спеціалізоване лікування. Дуже важливо, що там є інші чоловіки та жінки, різного віку та з усіх видів конфліктів і на всіх стадіях хвороби, які «знають». Саме усвідомлення того, що вони не самотні з цією проблемою, є чудовим відкриттям. Вони розмовляють одне з одним, підтримують і сміються одне з одним, і поступово це почуття власної гідності та поваги повертається. Це тиха магія Turwhitt House. Формальні групові заняття надзвичайно корисні і відкривають давно зачинені двері, щоб дати інсайт та усвідомлення, й дозволити неформальним групам підняти дух.

З огляду на минуле та багаторічний досвід я можу досить точно оцінити наслідки ПТСР. Я читаю давньогрецьку літературу й бачу цей стан в Гомерових описах деяких героїв Троянської війни (Homer, Fagles & Knox, 1990). Я бачу, що мій дідусь був глибоко вражений через свою участь в Першій світовій війні. Він був професійним військовим, і у складі експедиційного корпусу направлений до Франції. Поранений та полонений під час важкого відступу з Монса в перші місяці війни, він перебував у полоні в дуже поганих умовах до травня 1916 року. Він був настільки знесиленим, що після угоди між Англією та Німеччиною його з групою інших поранених полонених відправили до Швейцарії. Дідусь розповідав лише про те, як привітно їх зустріли швейцарці, і про диво сидіти в човні зі скляним дном на

озері під Юнгфрау. Можна тільки уявити, як це мало бути після всього, що він пережив. Він був свідком багатьох проявів жорстокості та був фізично німечним прибувши до Швейцарії, і важив лише п'ять стоунів (32 кг).

Після війни дідусь страждав від періодів глибокої замкнутості, іноді зникаючи з родинного дому. Проте родина завжди знала, де його знайти. Він буде зі старим товаришем, який жив у містечку за сто миль звідти, але який теж воював і потрапив у полон разом із ним, був із ним у Швейцарії, з ним йому не потрібно прикидатись і боятися осуду. Існує особливий зв'язок між людьми, які разом брали участь у бойових діях.

Мій батько також, повернувшись після шести років служби у складі бомбардувальної авіації Королівських ВПС, мав власні стреси та внутрішніх демонів, з якими йому доводилося боротися. За найвищого рівня втрат, пропорційно до інших підрозділів у війні, ті, хто вижили, оплакували втрату більшої кількості друзів, ніж інші, але його ще переслідували думки про вбитих цивільних жінок і дітей ворога, особливо під час вогняного штурму рейду на Гамбург, у якому він брав участь, хоч і разом із ще тисячею бомбардувальників. Він був популярною, товариською людиною, але мав схильність до надмірного вживання алкоголю — це був його спосіб впоратися з пережитим. Батько повернувся з війни й виявив, що не має роботи, хоча й записався на службу з резервної професії, а також що в нього є восьмирічний син, якого «виховували жінки». Те, що він сам опинився в подібному становищі, як і його батько у 1918 році, аж ніяк не полегшувало складні стосунки між ними: мій брат ображався на цього незнайомця, який раптово заволодів увагою його матері, а батько відчував необхідність утвердити свій авторитет.

Це, напевно, повторювалося в багатьох сім'ях по всій країні. Як було визнано під час заснування організації Combat Stress, наслідки війни поширюються далеко за межі окремих ветеранів і можуть впливати на цілі родини. Познайомившись із трьома поколіннями військовослужбовців, які зазнали наслідків бойових дій, я бачу, що всі вони прагнули чогось прекрасного — природа у всій її красі, поезія, музика чи мистецтво. Коли запаси стійкості вичерпані, ці ресурси, здається, допоможуть поповнювати їх та відновляти. Через творчість ветерани мають можливість отримати задоволення, яке приносить полегшення. Радісно бачити, скільки ветеранів зараз займаються малюванням для задоволення. Це така особливість арттерапії, що відкриває різні двері через творчість, і це ми розглянемо в наступних розділах цієї книги.

Висновок

Минуло майже століття з моменту заснування Combat Stress. За цей час британські збройні сили брали участь у багатьох великих військових кампаніях і миротворчих операціях у всьому світі. Для тих, хто отримав психологічні травми, пов'язані зі службою, відбувся поступовий прогрес у розумінні

та лікуванні. З втратою «міри стійкості» (Moran, 1945) на війні неминучими будуть психологічні та фізичні рани, спричинені війною. Повернення додому для декого ще не кінець битви, а лише її початок. Тому останнім часом зростає визнання наслідків травми для сімей.

Combat Stress запропонував місце, де не потрібно прикидатися, де старі та нові товариші можуть бути разом з тими, хто «знає» і розуміє, що не тільки вони постраждали від пережитого на службі. Професійне лікування та соціальна підтримка в поєднанні з позитивним впливом неформальної взаємодії людей, яких об'єднує спільний досвід, допомогла багатьом ветеранам у минулому столітті. Вочевидь лікування, надане Combat Stress сьогодні, є таким самим важливим і актуальним, як і будь-коли.

References

- Homer, Fagles, R. (translator) & Knox, B. (Вступ and notes) (1990). *The Iliad*. New York, NY: Penguin Books.
- Moran, (Lord) (1945). *The anatomy of courage: The classic WWI study of the psychological effects of war*: London: Constable & Robinson.
- War Office Committee of Enquiry into 'Shell Shock' (1922). *Southborough Report*. London: HMSO.

Сучасні підходи до арттерапії у реабілітації ветеранів Великої Британії

Модель адаптивної арттерапії для роботи з травмованими ветеранами

Дженіс Лоббан, Кірсті Маккей, Марк Редгрейв і Сандія Раджагопал

Вступ

Арттерапія не ставить за мету вирішення будь-якої ситуації. Традиційно навчання арттерапії було психодинамічно поінформованим, але все частіше арттерапевти також шукають альтернативні системи відліку для створення теоретичних моделей, які б відповідали складності конкретних контекстів. Проте прийняте загальне визнання того, що практика арттерапії існує в континуумі, за допомогою якого обраний підхід ґрунтується на контексті й потребах клієнтів (Hogan, 2009; King, 2016). Гнучкий підхід у поєднанні з безперервним навчанням дозволяє професії розвиватися в міру нових відкриттів, наприклад, у галузі неврології.

This chapter provides a detailed description of the adaptive art therapy model that has evolved at the UK veterans' mental health charity Combat Stress to meet the specific needs of traumatised veterans. Mindful of military culture and shaped by the framework of short-stay admissions, this model is informed by the neurobiological underpinnings of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) and mechanisms of art therapy.

Цей розділ містить детальний опис адаптивної моделі арттерапії, яка розвивалася у британській благодійній організації з питань психічного здоров'я ветеранів Combat Stress для задоволення специфічних потреб ветеранів, які зазнали травматичного досвіду. Модель побудована з огляду на військову культуру та адаптована до рамок короткострокових госпіталізацій, і ґрунтується на нейробиологічних аспектах посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та механізмах арттерапії.

Біологічні основи ПТСР та відновлення розглянуті у Розділі 3, де ці процеси описані на прикладі життєвого досвіду ветерана, автора Розділу 2. В розповіді йдеться про те, як травматичні події викликають тривалі психологічні та фізіологічні зміни (Herman, 1992). Ба більше, ключове нейровізуалізаційне дослідження із застосуванням ПЕТ-сканування (Rauch *et al.*, 1996) показало, як мовні центри мозку вимикаються у станах високого збудження,

оскільки вся енергія спрямовується на виживання. Крім того, дослідження продемонструвало, що зона Брока в лівій півкулі мозку, яка відповідає за перетворення суб'єктивного досвіду у мовлення, зменшує свою активність під час високого збудження, водночас активність у правій півкулі, пов'язана з емоціями та зоровими образами, зростає.

Ван дер Колк (Van der Kolk) використовував термін «безмовний терор» (1994), щоб описати, як травму неможливо передати словами. Це впливає на подальшу здатність створювати наратив для обробки досвіду. Центр розпізнавання небезпеки в мозку, мигдалеподібне тіло, в лімбічній системі стає чутливим до загрози та переходить у стан постійної високої готовності, тому реакція на стрес стає самопідтримуваною з кожним хибним сигналом тривоги, що посилює цикл (van der Kolk, 1994). Отже, мета терапії травми полягає в тому, щоб допомогти клієнту відійти від минулого і зайнятися сьогоденням. Це передбачає контекстуалізацію досвіду та обробку матеріалу у такий спосіб, щоб він міг зберігатися в системі наративної пам'яті (Tripp, 2016; van der Kolk, 2014).

ПТСР можна розглядати як розлад обробки, зберігання та відтворення інформації. Травматичні спогади йдуть по нервових шляхах, відмінних від нормальних спогадів. Вони роз'єднані, неасимільовані, невербальні та негнучкі. Теорія подвійної репрезентації (Brewin, Dalgleish & Joseph, 1996; Brewin, Gregory, Lipton & Burgess, 2010) надає корисну модель для розуміння процесу і пропонує дві різні системи пам'яті. Теорія описує, наскільки звичайні, явні спогади є декларативними і є частиною вербально доступної системи пам'яті (VAM), яка проявляється як зв'язні слова та історії. Ці спогади мінливі, оновлювані й пов'язані з іншими спогадами в контексті цілої історії життя. Вони відбулися у минулому і зазвичай згадуються спеціально. Однак травматичні спогади не є декларативними і не є частиною ситуативно доступної системи пам'яті (SAM), яка може запускатися автоматично за сигналами, пов'язаними з травмою. Це переважно невербальні фрагменти чуттєвої інформації, які застигли в часі. Ізольовані та автономні спогади про травми переживаються як події, що відбуваються в сьогоденні (Brewin, 2001; Brewin *et al.*, 1996; Lobban, 2014).

Мистецька творчість залучає розум і тіло, а це може забезпечити доступ приховано збереженого матеріалу і водночас дозволяє зосередитися на сьогоденні. Арттерапія залучає спілкування між півкулями мозку, за допомогою якого невербальні відчуття правого мозку поєднуються з вербальними мисленнєвими процесами лівого мозку (Chapman, 2014; Tripp, 2016). Як наслідок, це може допомогти клієнтам розповісти про свій досвід, який важко передати словами, у такий спосіб сприяючи обробці та інтеграції спогадів про травми (Collie, Backos, Malchiodi & Spiegel, 2006; Klorer, 2005; Nanda, Gaydos, Hathorn & Watkins, 2010).

Посилаючись на роботу Лібермана (Lieberman (2007), Гасс-Коена (Hass-Cohen (2008) описує, як перетворення почуттів у слова вмикає «кортикальні зрушення» та емоційну регуляцію, тому, говорячи про створені образи та

«маркуючи почуття», клієнти можуть «зменшити активність мигдалеподібного тіла та збільшити префронтальну активацію» (с. 36). Шляхом екстерналізації внутрішніх процесів у конкретній формі зображення створена дистанція мислення може бути використана безпосередньо або з часом для вирішення конфлікту та пошуку сенсу.

Як вважає ван дер Колк (van der Kolk (2014), використання уяви має вирішальне значення після травми, оскільки вона відкриває нові можливості й «здатність до грайливості та творчості» (с. 205). Він наголошує, що зіцелення від травми означає не лише зменшення симптомів, але й розширення перспективи за межі поточних обставин, за допомогою яких можна уявити інші можливості та включити адаптивну інформацію. Арттерапія відкриває шлях до використання зосередженої уяви для дослідження різних способів буття, що може допомогти розірвати фіксовані і некорисні моделі сприйняття та поведінки.

У США розроблено низку підходів арттерапії до лікування травм. Серед них, зокрема, Континуум Експресивних Терапій (Expressive Therapies Continuum (Lusebrink Art therapy for traumatised veterans 105& Hinz, 2016); підхід арттерапевтичної реляційної нейронауки (ATR-N) (Hass-Cohen, 2008); Правопівкульна модель арттерапії Чепмена (Chapman, 2014); Інтенсивна травматична терапія (ІТТ) (Tinnin & Gantt, 2014); протокол арттерапії травми (АТТР) (Talwar, 2007); та двостороння арт-терапія (McNamee, 2006; Тріпп, 2007, 2016). У Великій Британії метод Прискорене лікування дитячої травми (Children's Accelerated Trauma Treatment (CATT), розроблений Карлі Рейбі (Carly Raby), забезпечує інтегровану модель для роботи з дітьми, які пережили травму. Кожна модель пропонує неоціненне розуміння, часто базоване на нейронауці і з конкретними техніками для спрямування прогресу. Загалом, є сенс у проактивному навчанні, відкритті, структуруванні та обміні ідеями в межах професії. Окрім пошуку нових способів сприяння одужанню клієнтів, цей рух ідей слугує розвитку потенціалу арттерапії як професії, що розвивається в галузі травм. Ми пропонуємо опис підходу, який вважаємо корисним для травмованих ветеранів. Є надія, що цей текст доповнить зростаючий обсяг знань у цій галузі.

Арттерапія в рамках програми ширшого лікування

Арттерапія є частиною всіх програм короткострокового стаціонарного лікування в Combat Stress. Зараз програми тривають від двох до шести тижнів залежно від спрямованості. Шеститижнева інтенсивна програма лікування ПТСР (ІТР) включена до Національної Спеціалізованої Комісії (National Specialised Commissioning) при Department of Health. Двотижневий курс включає програми Стабілізації та Керування гнівом. Арттерапія розглядається як орієнтоване на інсайт психологічне лікування, що поєднує творче вираження і рефлексивний аналіз з метою сприяння змінам. Це забезпечує альтернативний підхід до моделі когнітивно-поведінкової терапії (СВТ), яка

є основою лікування у Combat Stress. Маючи на меті різні задачі від психо-просвітницьких груп до реабілітації, що базується на діяльності, арттерапія створює простір для символічного самовираження та полегшує символічне мислення. Завдяки цьому формується дистанція мислення від відчутого досвіду, що підвищує толерантність до стресу та сприяє змістотворчості. Коли є спільні цілі лікування з іншими видами терапії, наприклад, допомога в регуляції емоцій, арттерапія пропонує інший шлях.

Корисно розглядати регуляцію емоцій та обробку інформації через підходи «згори вниз» (від розуму до тіла, когнітивний) та «знизу вгору» (від тіла до розуму, соматичний) (Hass-Cohen, 2008; McRae, Misra, Prasad, Pereira & Gross, 2012). Підхід «згори вниз», що використовується в когнітивно-поведінковій терапії (КПТ), включає таку стратегію, як когнітивна переоцінка, для регуляції емоційного стану та сенсорного досвіду. Натомість «знизу вгору» — це мимовільний, переважно несвідомий процес, що фокусується на тілесних відчуттях, «внутрішньому переживанні» та інстинктивних реакціях, які проходять через стовбур мозку і поступово впливають на лімбічну систему та кору головного мозку (Heller & Lapierre, 2012, p. 17). Тілесні відчуття й зміни у сенсомоторному відчутті «використовуються для підтримки саморегуляції», а отже, «значення та розуміння виникають» внаслідок цих нових переживань (Ogden, Minton & Pain, 2006, p. 166).

Через канали символів і відчуттів процес арттерапії сприяє виникненню невербального, відчутного досвіду завдяки створенню образів. Потім зображення можна розшифрувати за допомогою когнітивної оцінки, для того щоб зрозуміти особисте значення. Для ветеранів, які намагаються сформулювати переживання вербально, або їм важко зосередитися протягом будь-якого часу, або чиї процеси мислення можуть бути дезорганізованими чи дотичними, арттерапія забезпечує форму самовираження, яка не покладається на ясність думки. Після створення зображення його можна залишити та повернутися до нього з часом, оскільки воно діє як відчутний знімок внутрішніх переживань. Їхня особиста інтерпретація може змінюватися в міру розвитку сприйняття та подальшого розуміння. Отже, арттерапія може поєднувати підходи «зверху вниз» і «знизу вгору».

Арттерапія може допомогти ветеранам, які схильні уникати спогадів, підготуватися до травмоорієнтованої СБТ, поступово відкриваючись через створення зображень та підвищену самосвідомість. Завдяки процесу малювання толерантність до дистресу може плавно зростати, ветерани водночас набувають відчуття контролю над тим матеріалом, що виникає. Для деяких ветеранів саме арттерапія є основним методом лікування, оскільки вона сприяє залученню до процесу та допомагає отримати доступ до несвідомого матеріалу, що поглиблює розуміння.

У США дослідження арттерапії використовують нейровізуалізаційні дані. Наприклад, у дослідженні Белкофера та Конопки (Belkofer & Konopka, 2008) зв'язок між художньою діяльністю та мозковими патернами проаналізовано за допомогою електроенцефалографії (EEG).

Рівні електричної активності мозку вимірювалися до та після творчої діяльності, і було виявлено підвищену частоту активності в скроневих долях після створення мистецьких робіт. Скроневі долі відіграють важливу роль у формуванні відчуття сенсу, зв'язку з вищою силою та глибоких почуттів спокою (Belkofer & Конопка, 2008). Отже, ці результати свідчать про потенціал арттерапії у сприянні глибшій самосвідомості.

За допомогою ЕЕГ можна проаналізувати, як людина сприймає навколишній світ. Деякі люди обробляють інформацію переважно візуально, інші — аудіально, а хтось має змішаний стиль сприйняття. Як зазначає Конопка (особисте спілкування, 5 червня 2016 р.), якщо людину з візуальним типом сприйняття спрямувати на терапію, що базується переважно на вербальному опрацюванні, це спричинить невідповідність методів. Він розробив персоналізовану модель, у якій мозкову активність пацієнта картографують за допомогою ЕЕГ. Це дозволяє ідентифікувати сильні сторони та вразливості, зрозуміти, як саме людина сприймає світ, і на основі цього проводити психологічну оцінку. Такий підхід формує основу для розробки індивідуального плану терапії, що найбільше відповідатиме особливостям конкретної людини (L. Конопка, особисте спілкування, 5 червня 2016 р.; Lobban, 2016).

Поетапна модель з використанням тем

У своєму ключовому тексті про травму Herman (1992) окреслює три стадії відновлення, кожна з яких має своє завдання. Перша фаза зосереджена на встановленні безпеки; друга стосується пам'яті та скорботи; і третя фаза — відновлення зв'язку з життям. Інші автори надалі розбивали та розробляли фази (Chu, 1998; Steele, van der Hart & Nijenhuis, 2005). Herman підкреслює, що процес одужання — це не є рух в одному напрямку, оскільки прогрес може коливатися. ПТСР може бути хронічним рецидивуючим станом, коли проблеми знову виникають і з ними знову треба працювати і знову інтегрувати. Необхідно, щоб лікування було доречне конкретній фазі одужання. Поетапна модель відповідає рекомендаціям Національного Інституту Здоров'я та Догляду (National Institute for Health and Care Excellence) (NICE) і практичним рекомендаціям Міжнародного товариства дослідження травматичного стресу (International Society of Traumatic Stress Studies) (Foa, Keane, Friedman & Cohen, 2009). У Великій Британії NICE надає рекомендації щодо лікування, ґрунтованого на доказах, і встановлює стандарти лікування. NICE вважає, що недирективна терапія «не повинна регулярно застосовуватися людям із хронічним ПТСР» (NICE, 2005, 1.9.2.6). Тому в Combat Stress був розроблений тематичний, поетапний підхід до арттерапії. Недирективний підхід створює ризик того, що клієнти занадто рано і занадто глибоко зануряться у терапію, особливо під час короткострокового перебування, коли вони можуть самостійно вплинути на себе, щоб досягнути значних змін до кінця перебування.

Часто трапляється, що на першу сесію арттерапії ветерани приходять у стані нервового збудження. Відкрите, недирективне запрошення використувати художні матеріали може лише посилити це занепокоєння, діючи як тригер для нервової системи, яка вже була чутлива через травму. Структуру у формі теми можна сприймати як сприятливий і безпечний важіль для творчого захоплення. Як сказав один ветеран, використовуючи військовий термін, тема пропонує «базову точку» для роботи. Ветеранам надається свобода самовираження, але встановлюються обмеження щодо поширення в групах явного матеріалу про травми. Це загальне основне правило в групах, оскільки матеріал про травми може шкідливо вплинути на інших клієнтів, які проходять лікування.

В групах арттерапії передбачено 45 хвилин створення образів, а потім 30 хвилин рефлексивного обговорення. Забезпечення шляху для виходу з процесу інтенсивного створення іміджу є важливим компонентом початкового встановлення меж. З огляду на регулювання афекту можуть дозволятися такі вилучення, як вихід з художньої кімнати на перерву, перегортання картини або можливість відкрито не обговорювати в групі мистецьких творів.

Після встановлення терапевтичних меж арттерапевт визначає тему і допомагає ветеранам зосередитися. Реалізація інших директив, як-от створення фотомонтажів із зображеннями, взятими з Інтернету, також може нести знижений фактор загрози, оскільки вони пред'являють менші вимоги до навичок і згодом імовірно призведуть до занепокоєння. Створення колажів також залучає ветерана до простих повторюваних дій, невід'ємних для цього конкретного завдання (тобто вирізання та склеювання), і саме по собі діє заспокійливо. З точки зору неврології, прості повторювані арттерапевтичні дії допомагають зменшити ситуативно доступні вторгнення в систему пам'яті (King-West & Hass-Cohen, 2008).

Загалом, схоже, ветерани вважають використання тематики корисним і справляються з поставленим завданням. Дехто не може одразу розпочати виконання завдання і, можливо, потребує обговорення з фасилітатором пошуку потенційно плідної інтерпретації для подальшого дослідження. Страх невдачі іноді викликає у деяких ветеранів занепокоєння: чи правильно вони розкривають тему, і тому для схвалення вони можуть показати свої роботи фасилітаторам перед рефлексивним обговоренням. Фасилітатори пам'ятають про труднощі, пов'язані з творчою відповіддю, і тому підкреслюють, що немає правильного чи неправильного способу розкриття теми. Головний меседж арттерапевтичних груп полягає в тому, що сприйняття ґрунтується на багатьох факторах, включаючи нашу систему переконань, цінності та життєвий досвід, тому те, як ми інтерпретуємо задану тему, може допомогти нам зрозуміти себе. Ветерани можуть бути дуже самоосудливими, встановлюючи планку перфекціонізму. Це часто стає перешкодою для взаємодії або призводить до розчарування. Якщо є можливість це витерпіти і винести на рефлексивну групову дискусію, то можна досліджувати життєво важливий матеріал.

Буває, що деякі ветерани прагнуть дізнатися тему для наступної сесії арттерапії, проте більшість заявляє, що не хоче знати наперед. Загалом, ветеранів заохочують дочекатися цієї сесії, щоб спонтанно віднайти відповідь. Протягом планування можна переглянути важливі матеріали. Попереднє знання теми позбавило б можливості підвищити толерантність до тривоги. Проте є ситуації, коли попередні знання та підготовка можуть спонукати до участі ветеранів, які дуже хвилюються, тому, зазвичай, гнучкий підхід є найкращим.

Трапляється, що учасникам важко витримувати тишу, тому іноді вони просять про фонову музику під час роботи над творами. А для когось тиша може акцентувати відчуття шуму у вухах або тривогу. Але здебільшого ненав'язлива музика допомагає заспокоїтися та зменшити напругу. Втім, музичні уподобання відрізняються, і те, що приємно і заспокоїливо для однієї людини, інша може сприймати зовсім інакше. Спогади також можуть бути тісно пов'язані з музичними творами, тому можуть стимулювати емоційний зв'язок у деяких людей. Спільне прослуховування музики зазвичай допомагає об'єднати групу, заохотити до розмови та створити невимушену атмосферу. Переважно варіант фонові музики обговорюється під час встановлення основних правил. Буває ветерани слухають власну музику через навушники.

Іноді ветерани хочуть бути частиною групи, але відмовляються від запропонованої теми чи матеріалів. Вони можуть пояснити, що вони не в настрої або втомилися після важкої сесії. У таких випадках їх не примушують до творчого процесу, а натомість пропонують інакший формат участі, наприклад, перегляд вмісту коробки з матеріалами для фотомонтажу. Симптоми уникання є частиною ПТСР, і робота з ними також є частиною лікування. І хоча у такій ситуації ветеран не створює власний твір, він залишається в групі і є свідком творчого процесу в інших учасників. Вони можуть реагувати на роботи своїх колег-ветеранів і брати участь у групових рефлексіях. Спільний перегляд зображень може бути інклюзивним для тих, хто не вміє або не хоче творити власний художній виріб.

Часто вони вміють співвідноситися з роботою інших, яка може відображати їхній власний досвід. В ході обговорення і взаємообміну людина відчує заохочення і схвалення.

Обираючи релевантну тему для сесії, фасилітатори беруть до уваги різні фактори. Тема може бути означена словом, зображенням, предметом або низкою зображень, представлених групі без чіткої настанови, що залишає її відкритою для інтерпретації. Наприклад, фотографія японського споришу, що пробивається крізь покриття злітної полоси, для одних може сприйматися як символ стійкості та надії, а для інших — як симптом ПТСР, що руйнує життя, наче ненажерливий бур'ян. Різні інтерпретації можуть спонукати до роздумів, збагатити дискусію, що зрештою призведе до зміни сприйняття. Тематика сесій має узгоджуватися зі спрямованістю паралельно проведених терапевтичних сесій, щоб забезпечити розширення та консолідацію

навчання. Отже, арттерапевтичні групи забезпечують простір для роздумів, а також місце для вираження та осмислення почуттів, які людина відчуває на той момент. Ветеранам може знадобитися дати вихід розчаруванню чи занепокоєнню або висловити замаскований гнівом смуток. Арттерапія дає їм можливість працювати з груповою динамікою для того, щоб ділитися успіхами в індивідуальній та колективній роботі.

Етап 1

У перший тиждень ІТР тривога може бути високою, тому важливо обрати тему, що сприятиме заспокійливій атмосфері. У підходах до травми візуалізація безпечного місця зазвичай встановлюється на ранніх стадіях терапії, щоб допомогти впоратися з сильними відчуттями та емоціями, які виникають під час переживання травми. Арттерапевтична група пропонує спосіб символічного захоплення цього ресурсу і його поєднання з притаманними йому приємними відчуттями. Це може виявитися корисним вступом до арттерапії для тих, хто вперше знайомиться з цим лікуванням і, можливо, приступає до сесії з пересторогою. Ветерани також можуть вирішити забрати ці заспокійливі зображення з собою після першого сеансу та використовувати їх як координаційну точку для регулювання афекту протягом шеститижневої програми, якщо і коли це буде необхідно.

Можна дослідити тематику всередині тематики. Наприклад, ветерани можуть виявити прихований мотив ізоляції або уникання, що простежується в їхніх зображеннях у відповідь на тему «безпечне місце», або ж спільний мотив гіперпильності в межах теми «сприйняття». Додатковою складністю при виборі відповідної теми для певної групи ветеранів є часте поєднання тих, хто тільки розпочав лікування, з ветеранами, які вже багато разів брали участь у арттерапії. Тому корисно мати широкий спектр ідей для опрацювання. Таблиця 7.1 ілюструє теми, які використовуються найчастіше. Вони розподілені за категоріями відповідно до фазового підходу до лікування.

Індивідуальні сесії арттерапії також просуваються покроково, навіть якщо ветеран може прагнути зняти навантаження від травми. Арттерапія може дуже швидко отримати доступ до тривожних думок, почуттів і емоцій, які радше дестабілізують, ніж допоможуть. Перш ніж ветерани будуть готові безпечно лікувати травму, необхідно провести достатню підготовку. Поступово поданий матеріал розвиває відчуття контролю, яке є важливим для одужання (Herman, 1992). Важливо допомогти клієнтам залишатися в межах «вікна толерантності» (Siegel, 1999) або оптимального рівню стресостійкості. Якщо емоційне збудження стає занадто інтенсивним, клієнта можуть охопити гіперзбудження та нав'язливі симптоми.

Крім того, клієнт може відокремитися або стати гіпозбудженим (заціпеніти та замовкнути). Щоб терапія була ефективною, вона повинна відбуватися в діапазоні середнього збудження (Lanius, Paulsen & Corrigan, 2014). Відновлення відчуття контролю через збалансування наслідків симптомів

Таблиця 7.1 Найвживаніші теми для арттерапевтичних сесій

Теми для арттерапії

Етап 1: Стабілізація

Рівновага	Надія	Натхнення	Заспокоєння/
Схований скарб	Комфорт	Простота	безпечне місце
Сади	Предмети першої необхідності	Ритми	Сила Енергія

**Етап 2: Інсайт –
орієнтація**

Пазли	Візерунки	Сприйняття	Розум і тіло
Обкладинка книги	Дзеркало	Затемнення	Внутрішній
Дерева	Елементи	Способи	пейзаж
Рух	Контрасти	бачення	Хмари
Дорога до одужання	Компас	Перехрестя	Мости
Маска, яку я ношу	Всередині/зовні	Лобзик	Гра життя
Мій найкращий час	Блоки/бар'єри	Невидима рана	Ідентичність
Роздуми	Розуміння	Драбина	Надії, страхи,
Фольклор/символіка	Зв'язки	Відкриття	Очікування
Ритуали	Повага	Відпускання	Подорожі
Толерантність	Трансформація	Рецепт для	Мить часу
Місцевість	Пори року	одужання	Зміна
		Розвиток	Ремонт

Етап 3: Реінтеграція

Рух	Еволюція	Просвіта	Шлюз
Ящик з інструментами	Досягнення	Прийняття	Заохочення
Здійснення	Візуалізація успіху	Ресурси	Я можу

ПТСР з методами управління афектом має вирішальне значення на етапі стабілізаційного лікування та може сприяти надії й оптимізму. Таблиця 7.1 представляє тему «рівноваги» та використовує стародавній символ «Зеленої людини», який часто асоціюється з оновленням, щоб представити психологічний перехід ветерана від смерті до життя.

Етап 2

У межах індивідуальних арттерапевтичних сесій другий етап лікування дає можливість націлитися на конкретні травматичні переживання. Проте в груповий контекст для кращого інсайту та сприяння змінам надаються теми, які зосередять увагу на вторинних характеристиках травми: ізоляція, уникання, гнів, складності у стосунках або горе. Для цього підходять різноманітні теми. Деякі сприяють згадуванню та скорботі, тому це можуть бути «зміни» або «відпущення». Насправді ветерани можуть перебувати на різних стадіях

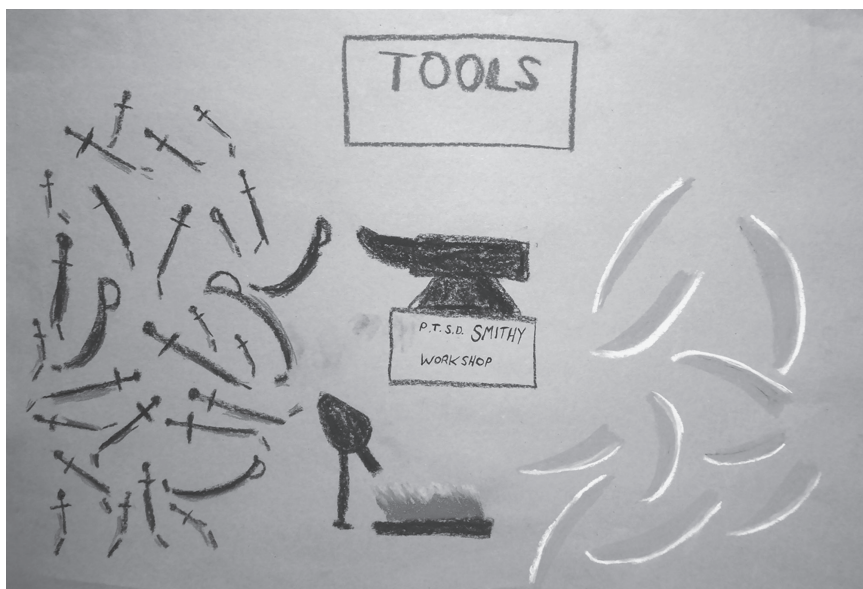
одужання, тому фасилітатору треба бути дуже уважним й обрати достатньо широку тему та охопити всі ситуації. У такий день під час виконання вступної частини фасилітатори можуть запропонувати деяким учасникам використати сесію для самозабезпечення, а не для подальшого самопізнання. Іноді ветерани можуть захотіти разом із матеріалами «піти у підпілля» для виконання поточного завдання, або повернутися до свого «заспокійливого місця».

Серед тем, які виявилися актуальними під час другого етапу, є «Моя подорож». Подорож може бути представлена візуально у вигляді дороги, річки, шкали часу або спіралі. Ця тема спрямована на те, щоб допомогти ветеранам контекстуалізувати свій досвід і дослідити рух до змін та розвитку. Малюнок 7.1 демонструє шлях одного з ветеранів, або еволюцію відновлення, те, як він переходив від стигми до гідності і поступово відкривався на цьому шляху. Альтернативною темою може бути «Міст». Міст є потужним символом, який представляє рух з одного стану буття в інший. Тема «трансформації» також дає можливість оповісти, як відбувається проходження через процес змін, а крім того, дає відчуття переформування, необхідного для переробки травматичних спогадів. Тут використовуються символи «мечі на лемехи», тобто перетворення зброї конфлікту на інструменти для розвитку.

Іноді групі роздають список назв романів чи віршів і пропонують шукати будь-які асоціації. Це можуть бути назви як класичних, так і сучасних творів, і



Малюнок 7.1 «Еволюція одужання»



Малюнок 7.2 «Трансформація»



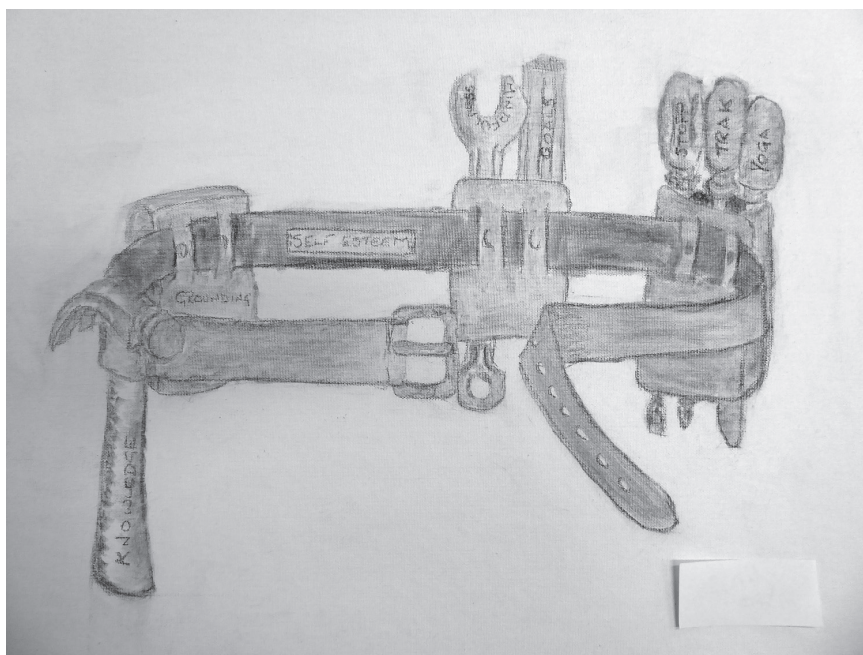
Малюнок 7.3 «Розірвані зв'язки»

включати добре відомі роботи, як-от *«Робінзон Крузо»*, *«Макбет»*, *«Сто років самотності»* або *«Ода солов'ю»*. Як назви, так і прихований зміст таких літературних творів, зазвичай викликають цікаві дослідницькі відгуки.

Тема «Стосунки» може бути запропонована в середині програми, водночас з іншими групами, які зосереджуються саме на цій темі. Це дає можливість творчо досліджувати вірогідні поєднання або розриви (Мал. 7.3). Використання художньої метафори надзвичайно добре підходить як терапевтичне втручання для ветеранів бойових дій, надаючи їм непрямий, менш конфронтативний спосіб привласнення сильних емоцій, і зменшує ризик повторної травми. Створюється безпечна відстань, що дозволяє досліджувати та поступово викривати. Вайз і Неш (Wise and Nash, 2013) згадують про переваги використання метафори в лікуванні ветеранів через творче мистецтво і зазначають, що «одночасна здатність метафори створювати безпечне дистанціювання, трансформуючи травматичний матеріал, забезпечує подвійний вплив для стримування та реструктуризації страждання» (р. 103).

Етап 3

Під час фінального етапу терапії, який включає останні два тижні шести-тижневої програми, увага зміщується на встановлення та досягнення



Малюнок 7.4 «Пояс з інструментами»

керованих життєвих цілей, оскільки ветерани готуються до виписки. Цілі можуть бути спрямовані на пошук роботи або відновлення стосунків. Теми для творчих робіт на цьому етапі відображають цю зміну від інтроспекції до відновлення зв'язків із суспільством. Тема «Ящик з інструментами» запрошує учасників обміркувати, що вони отримали від програми лікування, і як ці навички чи особисті якості можна застосувати в повсякденному житті. Наприклад, на Малюнку 7.4 по цій темі зображений молоток знань, міцно прикріплений до поясу самоповаги. Крім того, тема «Зробити так, щоб це відбулося» є заохоченням до репетиції досягнення конкретної мети. Ветеранам пропонується уявити, як це буде виглядати, і що вони відчуватимуть, коли досягнуть особистої мети. Дослідження використання позитивних перспективних образів для виховання оптимізму та сприяння змінам дали багатообіцяючі результати в низці підходів до лікування, включно із CBT (Holmes, Lang, Molds & Steele, 2008); Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) with the use of a future template (Shapiro, 2001); and positive psychology, connecting with a sense of purpose (Wilkinson & Chilton, 2013)).

У наступному розділі ми пропонуємо практичне дослідження, яке продемонструє прогрес через застосування програми арттерапевтичних груп.

Майк: учасник стаціонарної арттерапевтичної групи

Під час служби в збройних силах Великої Британії Майк брав участь у більшості бойових дій в основних гарячих зонах протягом десятиліть на рубежі ХХІ століття. Як наслідок, у деяких епізодах служби він пережив численні травматичні випадки. Цей досвід глибоко вплинув на Майка, хоча він і надалі залишався високофункціональною особистістю. Його регулярні кошмари, роздуми та труднощі з управлінням гнівом і уникливою поведінкою були типовими симптомами ПТСР. Після короткострокової госпіталізації Майка визнали придатним для шеститижневого ІТР, і він дуже хотів взяти участь у індивідуальних сесіях СВТ. Майк не брав участі в жодних сеансах арттерапії до початку ІТР і спочатку мав глибокі сумніви щодо їхньої корисності. Попри пережиті травми, військова ідентичність Майка залишалася незмінною після того, як він залишив службу, і на початку роботи в арттерапевтичних групах стало зрозуміло, що він надзвичайно пишався багатьма аспектами своєї військової кар'єри та хотів обговорити це зі своєю командою з шести ветеранів. Військове життя було тим, що сформувало його досвід. Перебування в арттерапевтичній групі явно не відповідало його сильним сторонам і, можливо, це середовище викликало тривогу, навіть незважаючи на те, що під час вступу до групи встановлюються чіткі межі та узгоджується логіка сесій.

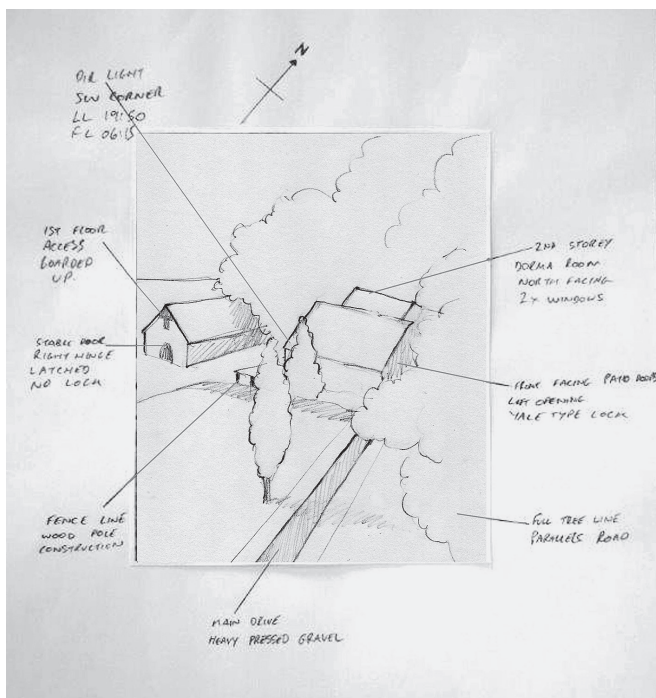
У початковій групі з арттерапії учасникам запропонували створити креативну відповідь на тему «безпечне місце». Ветеранів заохочували



Малюнок 7.5 «Безпечне місце», Майк

створювати якнайповніше зображення, використовуючи пам'ять або уяву, та звертати увагу на сенсорні особливості своєї теми. Майк відгукнувся на цю тему, створивши зображення ліній огляду, які він бачив через приціл зброї (Мал. 7.5). Він був останнім учасником, який поділився своїм зображенням у груповій дискусії, і коротко зазначив, що наявність зброї в руках давало йому відчуття безпеки, після чого перейшов до більш звичної для нього теми — опису характеристик різних видів зброї. Деякі ветерани дійсно використовують військове середовище як основу для свого «безпечного місця», що на перший погляд може здаватися суперечливим щодо самого поняття безпеки. Однак для них це може означати відчуття контролю, компетентності, виконання важливої ролі, досягнення чітких цілей і перебування «у цьому разом» із товаришами по службі. Всі ці фактори можуть здаватися менш відчутними для ветеранів у цивільному житті. Згодом може бути корисніше, щоб ветерани сформували образи «безпечного місця», не пов'язані з військовим досвідом, аби створити чітке розмежування між флешбеками травматичних подій і ресурсом «безпечного місця». На той момент для Майка перебування за прицілом зброї означало знаходження у добре захищеній позиції, де його підготовка дозволяла йому зосередитися та сконцентрувати увагу.

У другій сесії Майк знову використовував образи, щоб говорити про свою військову майстерність. Групі запропонували широкий вибір листівок з малюнками і фотографіями, де були зображені різні предмети та локації.



Малюнок 7.6 «Сприйняття», Майк, передано Кірсті Маккей

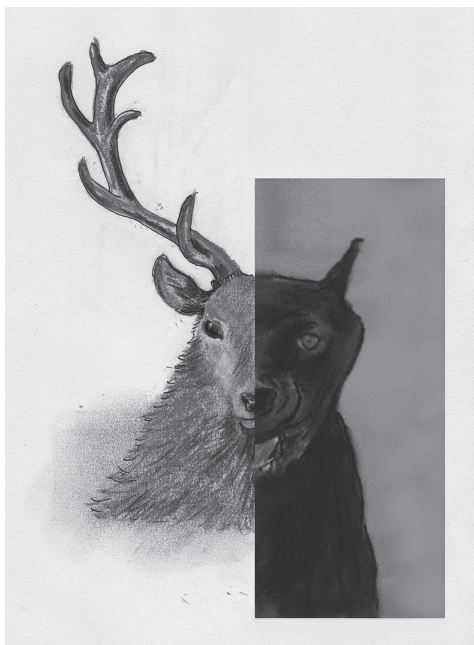
І просто попросили вибрати кілька зображень, які ветерани вважали цікавими, та творчо їх описати. В кабінеті арттерапії є доступ до кольорового принтера та копіра, щоб ветерани могли змінювати, коментувати, вирізати та створювати колажі з вибраними зображеннями. Майк вибрав зображення сільського пейзажу, намальованого з висоти пташиного польоту (*Backyard*; Tuymans, 2002), який він описав як місце, яке йому було доручено обстежити (Мал. 7.6). Він відмітив усі зони потенційного ризику, такі як точки доступу та ґрунтове покриття. Майк розповів ветеранам про цю навичку проведення розвідувальних дій, з якою були знайомі й інші в групі. Інші учасники групи відчували те ж саме, а один з ветеранів додав, що у своєму цивільному житті він все ще оцінює ситуацію навіть коли, наприклад, знаходиться у супермаркеті, хоча добре знає, що там немає загрози. Гіперпильна поведінка є поширеним симптомом ПТСР, коли системи загрози знаходяться в стані готовності, і цей тип військової підготовки підтримує відповідь на таку загрозу.

Протягом третього тижня ветерани наближаються до середини ІТР і починають повноцінно залучатися до своїх індивідуальних сеансів КПТ два-три рази на тиждень, під час яких вони поступово безпечно переглядають свій

досвід травми, використовують техніки повторного переживання та беруть участь у діях впливу, щоб випробувати поведінку та мислення уникання. На третій сесії арттерапії «шаблони» були введені як тема, що дає простір для саморефлексії та заохочує інсайт у власні моделі поведінки, які вони можуть усвідомлювати під час СBT сесій. В арттерапевтичних групах важливо пам'ятати, що кожен ветеран може справлятися краще чи гірше на будь-якій сесії в результаті індивідуальної терапії, орієнтованої на травму, і створювати відповідні творчий простір і тему. Тема «шаблони» є достатньо широкою, щоб охопити відповіді на деякі складні роботи, з якими вони можуть мати справу під час індивідуальних сеансів СBT, або надати можливість ветеранам залучитися до внутрішніх сенсорних і заспокоїливих аспектів художніх матеріалів, знаходячи фокус тут і зараз через те, що вони створюють за допомогою шаблонів кольору, текстури та форми.

Під час цієї третьої сесії Майк знайшов шматок грубо спиланої деревини й почав шліфування поверхні з наміром виявити візерунок кілець у дереві. Після того як Майк зосередився на повторюваному процесі шліфування протягом усіх 45 хвилин, відведених на сесію образотворчого мистецтва, він повернувся до групи та пустив шматок дерева по колу навколо групового столу, щоб інші побачили та відчули. Він розповів про візерунки цього природного матеріалу, а інші в групі висловили інтерес до впливу «хороших» або «поганих» років у житті дерева на розмір кілець росту. Один ветеран помітив, що шматок дерева має форму, яка нагадує серце, і пожартував, що Майк відпускає свій імідж міцного хлопця. Майк відповів на це з добрим гумором і також використав свій витвір для розповіді про те, як обробка грубої поверхні виявила красу деревини. Можливо, Майк несвідомо проходив символічний паралельний процес у межах ІТР (Інтенсивної терапевтичної програми) і, як припустив інший учасник групи, дозволяв побачити інший аспект своєї особистості ветеранам, присутнім на цій сесії. Значущість цієї роботи для Майка зростала впродовж усього ІТР. Замість того, щоб залишити свою роботу у арттерапевта для зберігання до наступного заняття, він попросив дозволу забрати її після сесії. У вільний час Майк продовжував шліфувати її поверхню та надавати зрізаним краям більш виразної форми, щоб зробити серцеподібний силует помітнішим, а також почав вирізати малюнок на дереві.

На четвертій сесії, де темою було «всередині/зовні», Майк знову звернувся до досвіду служби в армії. Проте цього разу акцент змістився з його військових навичок на зв'язок із товаришами по службі та спільний жарт, який вони всі колись розділили. Розповідаючи цю історію, Майк представив себе як людину, яка може щиро сміятися разом з іншими і не завжди сприймає себе надто серйозно. Було помітно, що він проявляє більше інтересу до групових обговорень і з дедалі більшою чутливістю слухає, що розповідають інші учасники. У наступних сесіях арттерапії Майк зміг відгукнутися на тему «Баланс», звернувшись не до своєї військової ідентичності, а до свого емоційного світу.



Малюнок 7.7 «Рівновага», Майк, передано Кірсті Маккей

Майк розмірковував про бажання знайти більше емоційної рівноваги. Він створив зображення гарчливого чорного пса, який символізував його гнів і депресію, але водночас допустив у цей образ більш співчутливе уособлення себе — «благородного оленя» (Мал. 7.7). Він поділився з групою тим, що на індивідуальних сесіях когнітивно-поведінкової терапії вони досліджували його негативну самооцінку та шукали нові способи його сприйняття. Використовуючи арттерапію, Майк візуалізував альтернативний аспект своєї особистості, якому міг приписати позитивні якості. Коли він поділився значенням своїх образів із групою, ветерани підтвердили, що ті позитивні риси, які символізував олень, дійсно притаманні йому самому.

Майк співпрацював у розробці цього прикладу та прокоментував, що образ оленя та собаки — це те, до чого він має намір колись повернутися. Він нагадав, що один із членів групи оцінив це, і хоча він схалтував, щоб вкласти у час, відведений на сесію, це служить гарним нагадуванням про його прагнення.

У заключній арттерапевтичній сесії Майк повернув своє готове дерев'яне серце. На табличках 7.2 і 7.3 показані обидві сторони готового дерев'яного серця із зображенням на одній стороні та з віршем на звороті. Майк також зробив новий витвір мистецтва у відповідь на тему «ресурси», запропоновану групі. Наприкінці шести тижнів ця тема має на меті надати ветеранам можливість подумати про ресурси, які в них є, щоб дозволити їм продовжувати



Малюнок 7.8 «Ресурси/Золоте серце», Майк

справлятися зі своїми симптомами ПТСР і покращувати своє загальне самопочуття. Майк зробив зображення золотого серця (Мал. 7.8), яке віддзеркалює відшліфований шматок дерева, яке він вже завершив і прикрасив різьбленням. На обох він зобразив силуети солдата з рушницею та жінки з дітьми поруч з нею. Майк пояснив, що мав намір залишити дерев'яний виріб на Combat Stress, щоб він міг надихати інших у майбутньому. Однак після того, як Майк поділився фотографією зі своєю партнеркою, вона дуже рішуче відповіла, що це символізує їхню сім'ю, і запитала, чи принесе він цей виріб додому. Новий малюнок Майка на папері мав золотистий фон, оскільки, як він пояснив, нарешті міг дозволити тепліше ставитися до самого себе. Тепер Майк міг з гордістю сказати групі, що він зумів побачити, що має «золоте серце».

Інтеграція підходів до створення інструментарію арттерапії

Може бути корисно вийти за межі основного навчання арттерапії, аби розглянути те, що можна дізнатися з психологічних підходів до травми, що ґрунтуються на фактах. Це може бути навчання від колег з інших дисциплін через лекції без відриву від роботи або проходження курсів, присвячених травмам. У своєму тематичному аналізі інформації від американських арттерапевтів, які працюють з ветеранами с ПТСР, пов'язаним з бойовими діями, і пропонують

матеріали про найкращі практики. Коллі зі співавторами (Collie *et al.* 2006) рекомендують «спеціалізовану підготовку для втручання після травми та з теорії ПТСР» (р. 157). У наступному розділі наведено огляд деяких методик, отриманих від споріднених терапій, як-от CBT, EMDR та сфокусовану на співчуття терапію (Compassion Focused Therapy (CFT)), які були інтегровані в практику арттерапії в Combat Stress, утакий спосіб пропонуючи низку інструментів для використання в терапії.

На ранній стадії лікування особлива увага приділяється встановленню безпеки, розвитку навичок управління впливом, психопросвіті та збору анамнезу. Хоча в Combat Stress існують групи, націлені на техніки стабілізації, було вирішено поєднати цю роботу з сесіями індивідуальної арттерапії, щоб і ветеран, і терапевт знали, як реагувати на можливу появу дисоціативних епізодів. Неможливо переоцінити такі прості методи релаксації, як дихання та заземлення. Їх можна використовувати для завершення сеансів як частину відпочинку. Наявність матеріалів для заземлення, як-от питна вода, стрес-кульки, поліроване каміння та інші сенсорні матеріали, на кшталт ефірних олій для нюхового стимулу, може допомогти ветеранам залишатися «тут і зараз», триматися і не відступати назад у минулий досвід. Якщо ветеран дисоціює, можна застосувати прості прийоми, наприклад, попросити його визначити й описати три речі синього кольору в кімнаті або порахувати почетверо від 100 назад. Це може допомогти зосередити увагу на теперішньому оточенні, відділити його від минулого, що вторгається в життя, а також стимулювати вербальні і когнітивні частини мозку, створюючи баланс для сенсорного, невербального матеріалу. Такі прийоми допомагають закласти основу безпеки та поступового переходу до глибшої роботи.

Атмосфера буде більш дружньою, якщо запропонувати ветеранам знайомі теми для розмови. Це можуть бути предмети, пов'язані з військовою тематикою, які допоможуть встановити зв'язок у незнайомому просторі. Наприклад, у Combat Stress в кутку однієї з кімнат для арттерапії є модель кораблика. Він завжди привертає увагу військово-морських ветеранів, які відчувають себе новачками у цьому приміщенні. Вони одразу впізнають тип корабля і говорять про нього із знанням справи. Використання листівок із зображеннями чи картин як опорних точок може допомогти ветеранам «залишатися в кімнаті», якщо вони перебувають на межі дисоціації або сильно занепокоєні. Це може надати спільну контактну точку для заземлення.

Нарощування ресурсів для роботи на ранніх стадіях EMDR може полегшити ветеранам доступ до самостійно обраних особистих якостей, що допоможе в подальшій поглибленій роботі з травмою (Mollon, 2005). Це може включати створення картини тих часів, коли вони відчували себе впевнено, у такий спосіб відновити пов'язані образи та фізичні відчуття і нагадати їхній виснажений системі, яким буває відчуття впевненості. Це може бути пробудження почуття досягнення, повернення надії або підбадьорення. Також може виникнути потреба в розвитку співчуття до самого себе, оскільки сором часто перешкоджає одужанню, і тоді може допомогти підхід CFT.

Грунтоване на фактах дослідження в галузі CFT виробило модель для розуміння впливу думок про самонапад та інших тригерів, які стимулюють реакцію на загрозу (Gilbert 2009; Lee & James, 2012). Сором є соціально сконструйованим і включає самокритику, пов'язану зі страхом осуду. Відчуття травми, спричиненої соромом, може призвести до загострення сорому та думкам про самонапад, тому клієнтам важливо навчитися заспокоювати себе перед початком роботи, зосередженої на травмі (Lee & James, 2012). CFT базується на взаємодії між нашими трьома системами регулювання афектів — *мотиваційній системі*, яка сконцентрована на дії та досягненні; *афіліативній системі*, що зосереджується на почутті безпеки та задоволеності; і *системі самозахисту*, орієнтованій на загрозу. Розробка технік самозаспокоєння, які сприяють відчуттю безпеки, може допомогти пом'якшити систему загроз і зменшити стрес (Gilbert, 2009). Самозаспокоєння зазвичай викликає в людини спогади про відчуття, коли її любили і цінували, але цього можна досягнути лише за наявності попереднього досвіду, інакше здатності до самозаспокоєння потрібно навчитися (Lee & James, 2012).

Співчуття до себе ветерани можуть не сприймати, адже вони часто дуже самокритичні. Розвиток заспокоїливого образу, підтримуючого внутрішнього помічника, може допомогти ветеранам отримати доступ до своєї внутрішньої системи заспокоєння та подолати самокритику, пов'язану із соромом (Lee & James, 2012). Через цей «образ співчуття» можна отримати різні сприйняття (Gilbert, 2009). Якщо ви не в змозі добре думати про себе, позиція третьої сторони може відкрити інші способи оцінки ситуації. Ветерани можуть намалювати по пам'яті з минулого тварину, пейзаж чи уявну фігуру, що асоціюється з мудрістю, силою, теплотою та неосудністю (Compassionate Mind Foundation, 2017). Тоді на ситуацію можна дивитися з цієї точки зору. Звернення до співчутливого образу може виявитися вирішальним пізніше, під час роботи, зосередженої на травмі. Наприклад, один ветеран уявляв теперішнього себе досвідченим, мудрим, співчутливим пліч-о-пліч з собою, молодим і повним страждання. Він уявляв, як надає собі молодому тепло, розуміння і підтримку, які свого часу не отримав. Це відкрило можливість для виходу емоційної експресії та протидії тривалому негативному усвідомленню, пов'язаному з самооцінкою.

Збір анамнезу може мати форму створення візуальної шкали часу за допомогою художніх матеріалів, які допоможуть контекстуалізувати досвід. Різні розміри, текстури, кольори та символи сприяють багатству вираження, яке може бути розглянуте з часом. Аналізуючи значення, варто звернути увагу, на які переконання спирається людина у своєму сприйнятті світу, себе та інших. Досвід і переконання потім можна зібрати разом, щоб зрозуміти, як виникли теперішні труднощі. Проста схема формулювання CBT (Ehlers & Clark, 2000) надає зручну візуальну конструкцію, розроблену спільно з ветераном, яка об'єднує ключові компоненти, як-от чинники, що викликають і підтримують ПТСР. Подальше розбиття на взаємопов'язані думки, емоції, поведінку та відчуття тіла може допомогти осмислити досвід і створити міцну основу розуміння для роботи. Наприклад, один ветеран зміг розпізнати почуття

неадекватності в дитинстві, яке посилювалося під час подальшої травми та стало блокуючим переконанням. Цей інсайт допоміг в подальшій роботі.

Нещодавні дослідження в орієнтуванні на травми СБТ з ветеранами вивчали адаптивний підхід для підгрупи клієнтів із «високим рівнем дисоціації та уникання», який «робить сильніший акцент на заземленні та алоцентричній обробці» (Kaur, Murphy & Smith, 2016, р. 1). Вважається, що незалежна від точки зору алоцентрична обробка образів травматичних подій може сприяти контекстуалізації спогадів про травму, яка порушується при ПТСР (Brewin *et al.*, 2010; Kaur *et al.*, 2016). По суті, під час уявного переживання травматичного досвіду змінюється точка зору, що дає можливість розглянути подію з різних перспектив і сприяє когнітивній переоцінці (Brewin *et al.*, 2010; Kaur *et al.*, 2016). Такий підхід має багато спільного з маніпулюванням образами, яке можливе в межах арттерапії.

Маніпулювання уявними образами є важливою частиною таких підходів, як EMDR (Shapiro, 2001). Щоб зменшити інтенсивність образів травми, клієнтам можна запропонувати уявити, наприклад, що сцена травми тьмяніє, зменшується в розмірі або змінюється з кольорової на чорно-білу. Під час цього процесу розвиваються творчі ідеї, які допомагають перетворити травматичний досвід у щось більш кероване. Можна подумати про те, що дійсно потрібно клієнту в травматичній пам'яті в процесі переробки, наприклад, це може бути співчутлива фігура, а потім ввести цей елемент в уявний досвід. Такий підхід можна застосувати в арттерапії і з його допомогою створені образи можна змінювати як частину динамічного інтерактивного процесу. Клієнтів можна заохочувати вносити зміни за власним вибором через додавання, видалення, переробку використаних символів та переоцінку їхнього значення (Hass-Cohen, Findlay, Carr & Vanderlan, 2014). Під час роботи з повторюваним кошмаром травматичного досвіду один ветеран Combat Stress додав маршрут втечі та елементи підтримки до свого образу арттерапії, що допомогло відновити відчуття контролю. У поєднанні з дослідженням особистого значення це призвело до припинення кошмару.

У межах дослідження травматичних подій ветерани іноді малюють ситуацію, видиму з висоти пташиного польоту, що дає можливість розглядати сцену на відстані та спостерігати за різними елементами гри. Це може привести до альтернативних точок зору, за допомогою яких ветеран може усвідомити, можливо, вперше, що попереднє припущення було просто неможливе, наприклад, внаслідок фізичного розташування тих учасників, або через спірні часові рамки. Ця адаптивна інформація часто допомагає у контекстуалізації досвіду та інтеграції пам'яті.

Деякі арттерапевти можуть бути незнайомі з такими підходами, як закладання основи навичок подолання та візуальних підказок і прийняття проактивної позиції в маніпулюванні зображеннями. Проте ці стратегії можуть покращити практику та забезпечити необхідне безпечне підґрунтя для глибшого дослідження у керованому темпі, завдяки чому ветерани відчувають більшу наснагу і спроможність контролювати. Набір інструментів також

допомагає встановити точки дотику між професійними дисциплінами, що сприяє сумісній роботі для досягнення спільної мети.

Резюме

У цьому розділі представлено огляд моделі адаптивної арттерапії для травмованих ветеранів, яка використовується в Combat Stress. Незважаючи на те, що модель пропонує інтегровану, поетапну, тематичну структуру, гнучкість у цій структурі визнається надзвичайно важливою. У цьому контексті від арттерапевтів вимагається усвідомлення симптомів посттравматичного стресу та управління ними, а також певне розуміння військової культури. Зворотний зв'язок ветеранів через анкети групової оцінки використовується для інформування про розвиток послуг як частини процесу співпраці. Арттерапія є частиною ширших програм лікування та адаптована до поточних задач на шляху до поставленої мети через альтернативу СВТ та моделям реабілітації, заснованим на різних видах діяльності, які також описані у цьому розділі. Сподіваємося, що ідеї та методи, якими ми поділилися в цьому тексті, будуть використані в інших контекстах, де травмовані ветерани шукають лікування.

У наступних трьох розділах йдеться про індивідуальну роботу з ветеранами, особлива увага приділяється терапевтичним перевагам арттерапії для ветеранів з високим рівнем дисоціації та уникання. Нещодавні дослідження показують, що «вищий рівень базової тривоги та дисоціації асоціюється із гіршими результатами ПТСР після лікування» (Murphy & Busuttil, 2015, р. 441), що підкреслює важливість усунення цих бар'єрів на шляху відновлення на етапах формування лікування.

References

- Belkofer, C. M. & Konopka, L. M. (2008). Conducting art therapy research using quantitative EEG measures. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 25(2), 56–63.
- Brewin, C. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 373–393.
- Brewin, C., Dalgleish, T. & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103(4), 670–686.
- Brewin, C. R., Gregory, J. D., Lipton, M. & Burgess, N. (2010). Intrusive images in psychological disorders: Characteristics, neural mechanisms, and treatment implications. *Psychological Review*, 117, 210–232.
- Chapman, L. (2014). *Neurobiologically informed trauma therapy with children and adolescents: Understanding mechanisms of change*. New York, NY: W. W. Norton.
- Chu, J. (1998). *Rebuilding shattered lives: The responsible treatment of post-traumatic dissociative disorders*. New York, NY: John Wiley.
- Collie, C. A., Backos, A., Malchiodi, C. & Spiegel, D. (2006). Art therapy for combat-related PTSD: Recommendations for research and practice. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 23(4), 157–164.
- Compassionate Mind Foundation (2017). Retrieved from <https://compassionatemind.co.uk/uploads/files/building-a-compassionate-image.pdf>.

- Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319–345.
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J. & Cohen, J. A. (eds) (2009). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (2nd edn). New York, NY: Guilford Press.
- Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind*. London: Constable & Robinson.
- Hass-Cohen, N. (2008). Partnering of art therapy and clinical neuroscience. In N. Hass-Cohen & R. Carr (eds), *Art therapy and clinical neuroscience* (pp. 21–42). Philadelphia, PA: Jessica Kingsley.
- Hass-Cohen, N., Findlay, J. C., Carr, R. & Vanderlan, J. (2014). Check, change what you need to change and/or keep what you want: An art therapy neurobiological-based trauma protocol. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 31(2), 69–78.
- Heller, L. & Lapierre, A. (2012). *Healing developmental trauma: How early trauma affects self-regulation, self-image, and the capacity for relationship*. Berkeley, CA: North Atlantic Books.
- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence from domestic abuse to political terror*. New York, NY: Basic Books.
- Hogan, S. (2009). The art therapy continuum: A useful tool for envisaging the diversity of practice in British art therapy. *International Journal of Art Therapy*, 14(1), 29–37.
- Holmes, E. A., Lang, T. J., Moulds, M. L. & Steele, A. M. (2008). Prospective and positive mental imagery deficits in dysphoria. *Behaviour Research & Therapy*, 46, 8.
- Kaur, M., Murphy, D. & Smith, K. V. (2016). An adapted imaginal exposure approach to traditional methods used within trauma-focused cognitive behavioural therapy, trialled with a veteran population. *The Cognitive Behavioural Therapist*, 9(10), 1–11.
- King, J. L. (ed.). (2016). *Art therapy, trauma, and neuroscience: Theoretical and practical perspectives*. New York, NY: Routledge.
- King-West, E. & Hass-Cohen, N. (2008). Art therapy, neuroscience and complex PTSD. In N. Hass-Cohen & R. Carr (eds), *Art therapy and clinical neuroscience* (pp. 223–253). Philadelphia, PA: Jessica Kingsley.
- Klorer, P. (2005). Expressive therapy with severely maltreated children: Neuroscience contributions. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 22(4), 213–220.
- Lanius, U. F., Paulsen, S. L. & Corrigan, F. M. (2014). *Neurobiology and treatment of traumatic dissociation: Towards an embodied self*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Lee, D. & James, S. (2012). *The compassionate mind approach to recovering from trauma*. London: Constable & Robinson.
- Lieberman, M. (2007). Social cognitive neuroscience: A review of core processes. *Annual reviews of Psychology*, 58, 259–289.
- Lobban, J. (2014). The invisible wound: Veterans' art therapy. *International Journal of Art Therapy*, 19(1), 1–14.
- Lobban, J. (2016). *Art therapy for military veterans with PTSD: A transatlantic study*. Retrieved from www.wcmt.org.uk/fellows/reports/art-therapy-military-veterans-ptsd-transatlantic-study#downloads.
- Lusebrink, V. J. & Hinz, L. D. (2016). The expressive therapies continuum as a framework in the treatment of trauma. In J. L. King (ed.), *Art therapy, trauma, and neuroscience: Theoretical and practical perspectives* (pp. 42–66). New York, NY: Routledge.
- McNamee, C. M. (2006). Experiences with bilateral art: A retrospective study. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 23(1), 7–13.
- McRae, K., Misra, S., Prasad, A. K., Pereira, S. C. & Gross, J. J. (2012). Bottom-up and top-down emotion generation: Implications for emotion regulation. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 7(3), 253–262.

- Mollon, P. (2005). *EMDR and the energy therapies: Psychoanalytic perspectives*. London: Karnac.
- Murphy, D. & Busuttil, W. (2015). Exploring outcome predictors in UK veterans treated for PTSD. *Psychology Research*, 5(8), 441–451.
- Murphy, S. E., Drazich, E. H., Blackwell S. E., Nobre, C. A. & Holmes, E. A. (2015). Imagining a brighter future: The effect of positive imagery training on mood, prospective mental imagery and emotional bias in older adults. *Psychiatry Research*, 230(1), 36–43.
- Nanda, U. H., Gaydos, L. B., Hathorn, K. & Watkins, N. (2010). Art and posttraumatic stress: A review of the empirical literature on the therapeutic implications of artwork for war veterans with posttraumatic stress disorder. *Environment and Behavior*, 42(3), 376–390.
- NICE. (2005). *Post-Traumatic Stress Disorder: Management*. Retrieved from www.nice.org.uk/guidance/cg26/chapter/1-Guidance.
- Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York, NY: W. W. Norton & Co.
- Rauch, S. L., van der Kolk, B. A., Fisler, R. E., Alpert, N. M., Orr, S. P., Savage, C. R., Fischman, A. J., Jenike, M. A. & Pitman, R. K. (1996). A symptom provocation study of posttraumatic stress disorder using positron emission tomography and script-driven imagery. *Archives of General Psychiatry*, 53, 380–387.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2nd edn). New York, NY: Guilford Press.
- Siegel, D. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York, NY: Guilford Press.
- Steele, K., van der Hart, O. & Nijenhuis, E. R. (2005). Phase-oriented treatment of structural dissociation in complex traumatization: Overcoming trauma-related phobias. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(3), 11–53.
- Talwar, S. (2007). Accessing traumatic memory through art-making: An art therapy trauma protocol (ATTP). *The Arts in Psychotherapy*, 34, 22–35.
- Tinnin, L. & Gantt, L. (2014). *The instinctual trauma response and dual-brain dynamics: A guide for trauma therapy*. Morgantown, WV: Gargoyle Press.
- Tripp, T. (2007). A short-term therapy approach to processing trauma: Art therapy and bilateral stimulation. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 24(4), 176–183.
- Tripp, T. (2016). A body-based bilateral art protocol for reprocessing trauma. In J. L. King (ed.), *Art therapy, trauma, and neuroscience: Theoretical and practical perspectives* (pp. 173–194). New York, NY: Routledge.
- Tuymans, L. (2002). *Backyard* [painting]. Los Angeles, CA: Museum of Contemporary Art.
- van der Kolk, B. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1, 253–265.
- van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind and body in the healing of trauma*. New York, NY: Viking Penguin.
- Wilkinson, R. A. & Chilton, G. (2013). Positive art therapy: Linking positive psychology to art therapy theory, practice, and research. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 30, 4–11.
- Wise, S. & Nash, E. (2013). Metaphor as heroic mediator: Imagination, creative arts therapy, and group process as agents of healing with veterans. In R. M. Scurfield & K. T. Platoni (eds), *Healing war trauma: A handbook of creative approaches* (pp. 99–114). New York, NY: Routledge.

Нерішучість, або Два розуми

Дженіс Лоббан

Уявіть, що кожного разу, коли ви чуєте гучний, несподіваний удар, ви кидаєтеся в пошуки укриття, тому що повторно переживаєте напад. Уявіть, що в одну мить вас охоплює жах. Ваше серце калатає, дихання поверхневе, а ви спітнілі й не можете мислити доладно. У вас в роті сухо і ви не можете вимовити жодного слова. Ви чуєте звук важкої артилерії, відчуваєте запах і смак кордиту. Це відбувається заново за тієї ж інтенсивності емоцій і відчуттів. Потім поступово ви починаєте розуміти, що ви вже більше не в Афганістані, і відчуваєте пекучий сором, коли помічаєте, що люди витріщаються на вас у цьому громадському місці, дехто сміється, і все, що вам хочеться, це втекти і більше ніколи туди не повертатися. Ще кілька годин поспіль після цього триватиме стан гіперзбудження. Ви постійно «караєте себе» за таку реакцію та розмірковуєте про власну неадекватність, і доходите висновку, що ви взагалі «порожнє місце». Цей досвід повертає вас назад, тому що ви вирішуєте не ризикувати, щоб знову не потрапити в таку ситуацію. Тож ви повертаєтеся до ізоляції у своїй квартирі із заштореними вікнами.

Назву цього розділу взято з теми, яка часто зустрічається в творах мистецтва ветеранів, коли вони зображають відчуття «нерішучості, або двох розумів». Це стосується не просто нерішучості, з якою ми всі час від часу можемо боротися, хоча втрата впевненості у собі та наслідки вибору, зробленого в минулому, можуть негативно впливати на прийняття рішень. «Нерішучість» підкреслюють усепроникне відчуття внутрішнього розколу, конфлікт і дисгармонія. До поділу можна підійти за допомогою різних підходів до розуміння, деякі з яких розглядаються у наступному тексті. А саме, нейробіологія посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і як людський мозок реагує на загрозу та зберігає спогади про травми; різні «реальності», пов'язані з функцією лівої та правої півкулі мозку (McGilchrist, 2010); теорія пов'язаної з травмою структурної дисоціації особистості (Nijenhuis, van der Hart & Steele, 2004; Steele, van der Hart & Nijenhuis, 2005; van der Hart, Nijenhuis & Soloman, 2010); і психодинамічна теорія несвідомих процесів мислення та механізмів захисту (Freud, 1920; Garland, 1998). Поділ також може бути пов'язаний із засвоєними військовими способом мислення та поведінки, на відміну від сприйняття та підходів у цивільних людей.

Ветерани часто пояснюють наявність «двох розумів» боротьбою, яку ведуть янгол та диявол всередині людини. Їхні постійні суперечки часто призводять до різкої самонаправленої ворожнечі. Це говорить про моральний елемент у грі. Інша часто використовувана аналогія для поділу — це «Джекіл і Хайд», причому останній стан руйнує стосунки, впливає на соціальну інтеграцію та негативно впливає на здатність до самоконтролю. Одним із чотирьох кластерів симптомів, які складають діагностичні критерії ПТСР, разом із униканням, вторгненням і гіперзбудженням, є негативні зміни в пізнанні та настрої. Це включає «стійкі спотворені уявлення про причину або наслідки травматичної події(-й), які спонукають людину звинувачувати себе чи інших» (American Psychiatric Association, 2013, р. 272). На практиці це може виглядати як думки про самосаботаж, що гальмують прогрес у терапії. Просування вперед може стимулювати почуття провини або самоосуд у ветерана, що він чи вона не заслуговує на те, щоб почуватися краще, створюючи у такий спосіб перешкоду на шляху до одужання.

Підрозділи

Вплив нейробіології та структури мозку

Як було зазначено у попередніх розділах, ПТСР має значне біологічне підґрунтя. За словами доктора Стівена Саутвіка, заступника директора Клінічного Нейронаукового Відділу Національного центру ПТСР у США (Dr Steven Southwick, Deputy Director of the Clinical Neurosciences Division of the National Center for PTSD, USA), люди з ПТСР зазвичай мають чутливішу симпатичну нервову систему (Sympathetic Nervous System (SNS)). SNS стимулює реакцію виживання «бий-біжи». Дослідження показали, що такі ділянки мозку пошкоджуються стресом. Наприклад, мигдалеподібне тіло, залучене до розпізнавання небезпеки, стає чутливим до загрози. Гіпокамп, який відповідає за навчання та консолідацію пам'яті, створює внутрішню карту, яка допомагає попереджати про контексти, в яких ми повинні боятися. Отже, сприйняття загрози може стати більш узагальненим, якщо гіпокамп пошкоджений (Lobban, 2016; S. Southwick, personal communication, 16 June 2016). При ПТСР травматичні спогади не зникають природним чином з часом.

Розуміння спеціалізації та асиметрії півкуль головного мозку було переглянуто в результаті прогресу в нейровізуалізації. Втім, визнано, що розуміння мови пов'язане з лівою півкулею мозку, тоді як права півкуля пов'язана зі сприйняттям та інтеграцією невербальної інформації (Копорка, 2016). Вважається, що травматичні спогади зберігаються переважно в правій півкулі (Schore, 2012) без «нарративної організації та когнітивної перспективи» (Tripp, 2016, р. 173). При травмуванні гіпокамп кодує все, що є, наприклад картини, звуки та запахи, а травматичний досвід зберігається як сира необроблена сенсорна інформація, яка наче заморожена в часі. Травматичні спогади ізольовані від звичайних спогадів і можуть знову переживатися тут і

зараз, коли вони активовані підкорково або несвідомо через сигнал, пов'язаний з травмою. Таким сигналом може бути схоже видовище, звук або запах (Brewin, Dalgleish & Joseph, 1996; S. Southwick, personal communication, 16 June 2016). Це може стимулювати страх навіть за відсутності небезпеки, як показано у першому абзаці цього тексту. Травматичні спогади сприймаються як такі, що мають «власне життя» (Herman, 1992, p. 34), а отже, створюють відчуття наявності «двох розумів».

У своїй роботі про асиметричну природу функціонування мозку Макгілкріст (McGilchrist (2010) стверджує, що люди мають «дві принципово протилежні реальності». (p. 13). Крім того, «обидві півкулі мозку беруть участь майже в усіх психічних процесах», але вони мають різні способи розуміння досвіду (p.10). Хоча їм потрібно працювати разом, Макгілкріст вважає, що вони перебувають у конфлікті. Щодо півкульних відмінностей у функції та підході, то Макгілкріст вказує, що права півкуля є невербальною, але може «розуміти метафору» та неписьмові аспекти мови (p. 51); вона може бачити «ширшу картину» та активує спільні психічні стани (p. 43); це дає поєднання зі світом, з акцентом на увагу до «проміжності» (p. 72); і бере участь у «несвідомій емоційній обробці» (p. 62). Вербальна ліва півкуля мозку використовує «послідовний, лінійний підхід» (p. 228), має тенденцію дотримуватися звичного і «не переймається іншими» (p. 58). Вона є відчуженою та ізолюваною, зосередженою на контексті та «короткостроковому баченні» (p. 431). Вона залежить від мови, може вигадувати для того, щоб мати рацію, робити хибні висновки та має «відносну негнучкість» (p. 45).

Макгілкріст (2010) припускає, що дисоціативний досвід деперсоналізації та дереалізації включає відключення правої півкулі та функціональне домінування лівої півкулі. У процесі деперсоналізації виникає відчуття відстороненості від себе, а при дереалізації навколишній світ не здається реальним. Він зазначає, що люди з пошкодженням правої півкулі повідомляють про набуте відчуття «чужорідності» та від'єднаності, ніби вони «не належать до світу», і припускає, що дисоціація у «нормальних суб'єктів» включає «міжпівкульний дисбаланс на користь лівої» (p. 236).

Дисоціація

Дисоціація — це термін, що використовується для опису роз'єднання «між речами, які зазвичай пов'язані між собою», як-от інтегровані функції свідомості, пам'яті, ідентичності або сприйняття (ISSTD, 2016). Дисоціація розглядається як явище, що існує на континуумі: від нормального стану, наприклад мрійливості або занурення у читання книги чи перегляд фільму, до крайніх клінічних проявів, коли люди можуть мати позатілесні переживання, прогалини в пам'яті, а також відчувати дереалізацію чи деперсоналізацію (Carlson & Putnam, 1993).

Загалом, зараз визнано, що, хоча нормальна дисоціація існує на континуумі, є й окрема, дискретна підгрупа симптомів, пов'язаних із патологічною

дисоціацією. Доказові психометричні методи, як-от Шкала дисоціативного досвіду II (DESI), здатні розрізняти ці явища, причому для патологічної дисоціації визначено вісім ключових симптомів (Putnam, 1989; Spitzer, Barnow, Freyberger & Grabe, 2006; Waller, Putnam & Carlson, 1996).

За певних обставин дисоціація виконує еволюційну захисну функцію. Травма може спричинити фрагментацію нашої інтегрованої системи самозбереження (Herman, 1992). Коли інші механізми виживання — «бий», «біжи», «завмири» або «здайся» — неефективні, а втеча неможлива, розум відокремлюється від травматичного досвіду, щоб зменшити його інтенсивність. Це призводить до розриву в усвідомленні та порушення відчуття власного «Я» (ISSTD, 2016). Спогади про травматичний досвід залишаються відірваними й дезінтегрованими, але можуть бути спонтанно активовані в майбутньому. У цьому контексті дисоціацію можна розглядати як адаптивний процес, що дозволяє людині зберігати функціонування. Вона виконує роль «анальгетика» і допомагає впоратися з психічним та/або фізичним болем, який переживає людина (Putnam, 1989).

Три області, які відрізняють патологічну дисоціацію від нормального діапазону, — це зміна почуття ідентичності, порушення пам'яті та травма (Nemiah, 1981; Putnam, 1989). Патнем описує, як у дисоціативному флешбеку людина може «відчути зміну у відчутті себе у таких параметрах, як вік або образ тіла» (1989, р. 119). Отже, у спогаді людина може знову відчути себе підлітком і бігати, тоді як зараз він чи вона може бути літнім і прикутим до інвалідного візку. Порушення пам'яті може означати відсутність пам'яті про травматичну подію або відокремлений, спотворений спогад із позиції третьої особи.

Коли дисоціація використовується для виживання, вона може вплинути на подальше емоційне функціонування, сприяючи відчуженню та заціпенінню (ISSTD, 2016). Ветерани іноді кажуть, що нічого не відчували після смерті близької людини, і через це суворо судять себе. Або вони описують, як емоції переповнюють їх раптово, без попередження, абсолютно несинхронізовано з поточним контекстом. Вони можуть використовувати такі символи, як колесо рулетки, щоб висловити, здавалося б, випадковий спосіб передачі емоції. Це посилює відчуття відсутності контролю.

У Розділі 9 ветеран Річард Кіджелл представляє свій досвід дисоціації з особистої точки зору, що дає безцінний погляд на процеси в дії.

Структурна дисоціація особистості

Теорія структурної дисоціації особистості стверджує, що складна травма спричиняє психологічний поділ, за якого одна або кілька мотиваційно керованих «зовні нормальних частин» (apparently normal parts, ANP) особистості продовжують займатися повсякденним життям, намагаючись уникати нагадувань про травму. Водночас одна або кілька орієнтованих на загрозу «емоційних частин» (emotional parts, EP) особистості залишаються зафіксованими

в травматичному досвіді та ніби застрягають у «часі травми» (Steele та ін., 2005). Ці частини залишаються дисоційованими та неінтегрованими. Первинна структурна дисоціація, як у випадку ПТСР, включає одну ANP та одну EP. Ускладнення поділів залежить від тяжкості ранніх травм, тривалого впливу стресових подій або їхньої хронічності. Вторинна структурна дисоціація асоціюється зі складним ПТСР та травматично пов'язаним пограничним розладом особистості. Третинна структурна дисоціація зустрічається при дисоціативному розладі ідентичності (DID), коли існує більше ніж одна ANP та кілька EP (van der Hart *et al.*, 2010). Мета лікування — синтез та інтеграція. Використовується системний підхід, який передбачає взаємодію з різними частинами особистості, щоб вони почали працювати разом.

Теорія структурної дисоціації бере свій початок із досліджень П'єра Жане (Pierre Janet, 1859–1947), який використовував термін «дисоціація» для опису змін у свідомості внаслідок психологічної травми під час вивчення істерії (Herman, 1992; Janet, 1898). Він розробив етапну модель роботи з травмою, де кожен етап спрямований на подолання пов'язаної з травмою фобії, яка блокує прогрес. Жане вважав, що головна фобія — це «уникання повного усвідомлення травми та її наслідків для життя людини» (Steele *et al.*, 2005, р. 14). Також він припустив, що під час флешбеків травмовані люди намагаються завершити незавершені дії, які виникли під час події, що призводить до «безкінечного повторення» (Janet, 1919; van der Hart *et al.*, 2010).

На розвиток теорії також вплинув психолог Першої світової війни Чарльз Майєрс (Charles Myers), який першим використав терміни «зовні нормальна частина» (ANP) та «емоційна частина» (EP), описуючи солдатів, травмованих внаслідок контузії. Він зазначав, що ANP «фобічно уникає травми», що може проявлятися у відстороненості, емоційному онімінні, деперсоналізації або навіть повній амнезії (Myers, 1940 as cited in Steele *et al.*, 2005, р. 15).

У лекції про структурну дисоціацію провідний авторитет Отто ван дер Харт (Otto van der Hart) навів приклади солдатів Першої світової війни, які постраждали від контузії, щоб проілюструвати, як діагнози соматичного та істеричного конверсійного розладу підтверджували наявність дисоціації. Переглядаючи ролики новин British Path про солдатів, які оговтувалися від наслідків битви в госпіталі в той час, можна побачити фізичні прояви психологічної травми. Один солдат представляється як «очевидно нормальний», але певні тригери спричинили прояв «емоційної частини» з тремтінням ніг. Інші солдати відчують дисоціативні контрактури, при цьому фізичний біль здається більш терпимим, ніж психологічний (British Path é News, 2016; van der Hart, 2011).

ANP дозволяє продовжувати функціонування від базового рівня виживання до підтримки сім'ї та заробітку на життя. Життя триває, і люди можуть демонструвати неймовірну стійкість, маючи невирішені травматичні переживання просто під поверхнею. Незалежно від того, постраждали вони від конфлікту, стихійного лиха, жорстокого поводження чи стали свідками страждань, люди демонструють здатність терпіти. Однак EP(s) залишається фіксованим під час травми, і прогрес передбачає реінтеграцію.

Механізми психологічного захисту та військова культура

Під час розвитку психоаналітичної теорії Фрейд (1900) запропонував модель рівнів свідомості. Для її пояснення часто використовується аналогія з айсбергом. Верхівка айсберга — це свідомо частина розуму, яка відповідає за поточне усвідомлення подій. Нижче розташована передсвідомість — це рівень, на якому думки та почуття знаходяться трохи нижче поверхні, але можуть легко стати свідомими, наприклад, коли згадуємо дату або ім'я. Найглибший рівень — це несвідоме, яке перебуває поза межами свідомого сприйняття, але впливає на емоції та поведінку. Саме тут знаходяться інстинкти та потяги. На цьому рівні також діють психологічні захисні механізми, які допомагають уникати усвідомлення тих аспектів особистості, які, якщо стануть свідомими, можуть викликати нестерпну тривогу або психічний біль (Brown & Pedder, 1991, p. 24).

У психодинамічній теорії для розуміння механізмів, які діють, коли складний матеріал перебуває поза межами свідомості, використовують поняття витіснення, а не дисоціації. Фрейд розробив концепцію *витіснення* у своїй роботі з Брейєром щодо істерії (Breuer & Freud, 1895). Теорія припускає, що захисний механізм витіснення є відповіддю на внутрішні стимули, що викликають тривогу, тоді як дисоціація є відповіддю на травму або зовнішні стимули. Однак дисоціацію можна клінічно виміряти за допомогою науково обґрунтованих психометричних методів, як-от DES-II, водночас витіснення є лише концепцією (Singer, 1990). Вони мають «різні теоретичні засади» (Bremner & Marmar, 1998, p. 117).

Інші психодинамічні захисні механізми, що мають відношення до цього обговорення, включають *проекцію* та пов'язане з нею *розщеплення*. При проекції неприйнятні почуття екстерналізуються, відкидаються та приписуються іншим. У разі розщеплення відбувається «поділ між хорошими та поганими аспектами власного «Я» і оточуючих», що може проявлятися у крайнощах ідеалізації та презирства. (Brown & Pedder, 1991, p. 26). Це спостерігається, наприклад, у ставленні ветеранів до цивільних. У більшості терапевтичних груп Combat Stress діє незаперечне правило: «без нападок на цивільних», що означає заборону узагальненої критики цивільного життя, оскільки така критика створює відчуття «ми та вони», хоча зазвичай вона не спрямована на медичних працівників. Військовий спосіб життя часто сприймається як добре організований, із чіткою структурою, де кожен знає свої обов'язки та намагається виконати їх якнайкраще. Особисту відповідальність тут вважають ключовою в даному процесі. Натомість цивільні можуть здаватися ледачими, егоїстичними, схильними виконувати якомога менше роботи. Вочевидь це пропонує важливий матеріал для розгляду, оскільки такі уявлення/засоби захисту можуть перешкоджати соціальній реінтеграції. Така форма розщеплення може відокремити людину від суспільства в цілому, хоча й надає відчуття зв'язку та належності до якоїсь соціальної підгрупи.

Розщеплення також може бути спрямоване на себе, коли минуле військове «Я» розглядається як компетентне та спроможне, а протистояння

ветеран — цивільний, навпаки, вважається негідним і некомпетентним. Чудові цінності та переконання можна безпечно зберігати в минулому собі, тоді як нападки на себе, застереження про слабкість і звинувачення можуть перешкодити відновленню в сьогоденні.

Ідентифікація може бути захисним механізмом після травми і може відбуватися як з жертвою, так і з агресором. Ідентифікація з жертвою чи втраченим предметом може бути способом уникнути почуття провини за те, що ви пережили травму, яке може бути посилене через відчуття відповідальності (Garland, 1998). Ідентифікація із загиблими товаришами зберігає пам'ять про них, але водночас підтримує страждання. Почуття провини тих, хто вижив, може стати значною перешкодою для одужання і часто зустрічається у ветеранів. Це може бути пов'язано з бездіяльністю або діяльністю, наприклад, з неможливістю врятувати когось або втечею з ситуації, коли інші цього не зробили. Нерідко ветеранів переслідують загиблі, які вимагають відплати.

За допомогою *сублімації* ветерани можуть направити агресію в спорт або тренування в спортивному залі. Це дозволяє певним чином виводити імпульси у спосіб, більш прийнятний у суспільстві. Прихованим мотивом може стати підтримання форми, щоб бути готовим зустріти очікувану загрозу. Втім, фізичні вправи можуть стати нав'язливими і перетворитися на самопокарання. Під час занять екстремальними видами спорту зростає адреналін, а вивільнення ендорфінів, пов'язане з фізичними вправами, може задовольнити потребу.

Захисні механізми *фобічного уникання* включають агорафобію. У поєднанні зі страхом відкритого простору вона часто спостерігається у ветеранів з ПТСР. Хоча таку реакцію асоціюють зі страхом відкритого простору, у ветеранів ПТСР це проявляється через перебування вдома і уникання громадських місць, бо вони бояться того, з чим можуть зіткнутися, і того, як на це можуть відреагувати, про це йшлося у вступі до цієї глави.

Заперечення може стати засобом відтермінування визнання болючої реальності. Однак травма переважає можливість тимчасового заперечення, якщо система переповнена грубою реальністю досвіду (Garland, 1998). Horowitz (Horowitz, 1999) описує заперечення, емоційне заціпеніння та уникання як «посттравматичні упущення» (р. 4), що часто пов'язані з несвідомими захисними процесами, які служать для відновлення рівноваги та запобігання переповненості емоціями. Однак такий захист порушується інтрузивними посттравматичними симптомами. Гарланд (Garland, 1998) спостерігає вплив травми на «механізм розуму» (як описано Фрейдом, 1924), але також наголошує на значущості «краху сенсу», пов'язаного з травмою, яка впливає на особистість (р. 11).

Хоча концептуальне розуміння, термінологія та терапевтичний підхід можуть відрізнятися, існує згода між школами, що травматичні переживання необхідно усвідомлювати, сприяти їхньому розумінню, формуванню сенсу та інтеграції з метою сприяння одужанню від травми (Ehlers & Clark, 2000; Garland, 1998; Herman, 1992).

Робота з розподілом через арттерапію

У наступному розділі наведено приклади роботи з окремими ветеранами, де обговорювалося, як саме арттерапія може допомогти реінтеграції «двох розумів, або невпевненості».

Минуле і сучасне

Іноді травматичний досвід змушує людей залишити військову службу набагато раніше, ніж очікувалося. Військовослужбовці часто прагнуть просуватися від звання до звання і будувати повну кар'єру протягом 22 років. Передчасне закінчення служби може багато чого позбавити ветерана. Деякі ветерани не можуть або не хочуть адаптуватися до цивільного життя, вони намагаються відновити почуття ідентичності та повернути відчуття самоцінності після виходу зі збройних сил.

Саймон, ветеран, автор твору на табличці 8.1, висловлював свій конфлікт самосприйняття з позиції минулих та теперішніх обставин. На лівій стороні зображення він стоїть прямо і виглядає як готовий до служби солдат. Плечі розгорнуті, дивиться у вічі глядачу, свіжо поголене обличчя, легка усмішка, вдягнений в уніформу, кашкет з полковою емблемою — все як годиться. Довкола все яскраве і живе, що відображає його внутрішнє самопочуття. І навпаки, права сторона зображення темна і спустошена. Деревя ламаються, понурий обрис напівфігури, кострубатої та зраненої. Постаць виглядає так, наче зазнала руйнування, яке пошкодило весь ландшафт. Весь світ змінився. Зображення дозволило Саймону висловити його глибоке почуття втрати і теперішній досвід перебування у безладі. Колишній спроможний Саймон має якості, недоступні для ветерана в теперішньому: надія, оптимізм, компетентність і почуття причетності.

Пам'ять і скорбота є частиною процесу переживання втрати. Іноді на цьому шляху можуть виникнути перешкоди, які необхідно подолати. Такі захисні механізми, як розщеплення, за якого військове мислення розглядається як «усе добре», а цивільні підходи як «усе погано», можуть зробити небажаним прийняття змін обставин. Ветерани можуть чіплятися за військову ідентичність і пов'язану з нею систему цінностей. Навіть коли ветеран відчуває себе відкинутим і покинутим військовим середовищем, він може сам визначати свою дотичність. Через вираження втрати та внутрішнього конфлікту може початися шлях переоцінки та відновлення.

Невпевненість, або два розуми: застряг у часі

Арттерапія в Combat Stress зазвичай пропонується у форматі групових або індивідуальних сесій в стаціонарних умовах. Так було з Віком, який відвідував обидва варіанти під час госпіталізації в лікувальному центрі Суррея. Однак коли він почав малювати вдома в перервах між госпіталізаціями, у

його творчості з'явився новий вимір. Він приніс картини на наші сесії, щоб дослідити їхнє значення.

Вік кілька разів проходив двотижневу госпіталізацію з перервами до року. Це означало, що для досягнення змін процес проходив повільно і покроково, і з міркувань безпеки не розкривалися матеріали, до яких ще настав слухний час. Дорога до лікувального центру була тривалою, спричиняла дискомфорт і стрес, тому після прибуття до центру Віку потребувалося кілька днів для того, щоб оговтатися після переїзду. Він відчував сильний фізичний біль, пов'язаний із обмеженим і виснажливим станом, а також мав діагноз ПТСР.

Через його підвищені симптоми гіперзбудження нам також потребувався певний час, щоб встановити між нами ступінь довіри. Індивідуальні сеанси були короткими, по 20 хвилин, оскільки спочатку це була межа витривалості. Високі дози болезаспокійливих, необхідних для вирішення його фізичних проблем, у поєднанні з тривогою та підвищеним збудженням вплинули на здатність Віка концентруватися та зберігати інформацію від сесій. Тому на початку кожної госпіталізації виконувалося заземлення для сесій з арттерапії. Методи стабілізації, над якими ми працювали під час сесій, здавалося, були забуті одразу після його повернення додому, тому не застосовувалися на практиці. У Віка дуже турботлива жінка. Коли він повертався додому і намагався закріпити знання, вона опрацьовувала з ним усі роздаткові матеріали, які він збирав в ході терапевтичних сесій під час перебування в стаціонарі.

Проблеми з периферичним зором означали, що Вік мав відчуття, начебто зліва від нього ховається зловісна присутність. Його гіперпильність була високою, тому він завжди вибирав місце за одним і тим самим столом у кімнаті арттерапії, спиною до стіни, звідки міг бачити всі підходи, а також те, що відбувається назовні, через вікно.

Наша спільна робота включала дослідження історії його життя, щоб отримати уявлення про його основні переконання та сприйняття і скласти мапу злетів і падінь на його життєвому шляху. Життя випробовувало його з самого раннього віку, але ситуацію рятували його працьовитість і винахідливість. Це допомагало Віку долати негаразди. Він завжди хотів піти в армію, і коли його мрія реалізувалася, він впорався з викликами під час навчання. Це забезпечило кар'єрний шлях, який відвів його від домашньої ситуації. Завдяки службі він працював у багатьох місцях у Великій Британії та за кордоном. Вік пишався своїми досягненнями і любив бути частиною командної роботи для досягнення спільних цілей.

Вік не міг наблизитися до розмови про свій травматичний досвід без дисоціації. Він волів би дивитися на все з відстані «за тисячу ярдів», якби перенісся в часі на момент травми й втратив зв'язок із сьогоденням. Після деякого заземлення до «тут і зараз» він зазвичай вирішував закінчувати сесію на цьому місці. Тому історія життя, над якою ми працювали, мала значні прогалини. Вік був дуже вмотивованим щодо відвідування сесій арттерапії, але, здавалося, йому важко було боротися з психопросвітницькими сесіями, які використовували когнітивно-поведінковий підхід.

Його режим сну був поганим через фізичний біль, сновидіння та нічні жахи, тому він постійно почувався втомленим. Вік почав малювати вдома. Коли одного разу його потривожив кошмар, він виявив, що може дистанціюватися від спалахнувших емоцій через малювання цього кошмару. Вік сказав, що нічого не відчуває під час малювання, але зображення були сповнені посиленням на біль, жах і закодовані символи, пов'язані з його досвідом. Він був радий, що інші люди бачать його роботи, тож почав приносити малюнки з собою на госпіталізацію до Combat Stress. Потроху ми почали разом розглядати його роботи на індивідуальних сесіях арттерапії. Розглядаючи їх з усіма у такий спосіб, Вік зміг почати відновлювати зв'язок із пов'язаними емоціями, розкрити елементи своєї травми та почати осмислювати свій досвід.

Таблиця 8.2 представляє сновидіння, але також графічно ілюструє боротьбу з дисфункціонально збереженими спогадами про травми, які вторгаються у сьогодення. Існує також відчуття міцного зв'язку з минулою особистістю солдата. Дві фігури дивляться в різні боки, але мають три точки динамічного зв'язку. Слова додаються, щоб підкреслити та уточнити значення, наприклад «застрягли в часі». Гротески у стилі Босха додають сюрреалістичності та кошмарності твору.

Зазвичай на психодинамічно інформованих сесіях арттерапії увага приділяється мистецьким зображенням, створеним під час саме цієї сесії в рамках трикутних відносин: клієнта, терапевта та зображення. Реакції переносу та контрпереносу можуть бути використані для поповнення розуміння взаємодій, і минуле стає зрозумілим у світлі сьогодення. Малюнок, зроблений вдома без присутності терапевта і розглянутий на сесії, наштовхує на додаткові міркування. Це відлуння фрагментації дисоціації. Візуальні образи, відчуття та емоції, пов'язані з травмою, спливають у кошмарі, минаючи психічний захист і викликаючи дистрес. Ці відповіді були отримані внаслідок проєктування їх на зображення та відокремлення від них. Через деякий час, коли відновлення зв'язку з контентом було визнано достатньо безпечним, зображення можна було наповнити значенням, і толерантність до дистресу поступово зросла.

Іноді ветеранів заохочують використовувати блокнот, щоб зробити запис при пробудженні від кошмару. Замальовка образу може допомогти позбутися залишків кошмару; допомогти заземлитися в «тут і зараз»; і може бути включеною до сесії арттерапії для подальшого обмірковування. Невелике дослідження, проведене Морганом і Джонсоном (Morgan and Johnson (1995)), виявило, що завдання з малювання було ефективнішим, ніж завдання з письма, в лікуванні кошмарів у ветеранів з ПТСР. Робота із нічними кошмарами пропонує багатообіцяючий символічний шлях до дослідження наслідків травми, який є менш конфронтаційним, ніж прямі спогади про травму.

Погляд на відстані

Арттерапія може запропонувати спосіб проникнення в травматичні спогади і одночасно зберігати контакт із заспокійливим місцем. Це узгоджується з результатами дослідження у 15 програмах для ветеранів з важкими симптомами ПТСР, де арттерапія була визнана найефективнішою, оскільки «вона поєднувала приємне відволікання з впливом складного контенту» (Johnson, Lubin, James & Hale, 1997, as cited in Nanda, Gaydos, Nathorn & Watkins, 2010, p. 382).

Табличку 8.3 створив Річард, ветеран, якому було складно почати працювати над травмою без того, щоб не страждати від сенсорних вторгнень і дисоціацій. Йому запропонували розділити папір на дві частини і почати зі створення зображення чи візерунку з приємними, заспокійливими асоціаціями в будь-якій частині папірця. Тоді, коли йому прийшли б на думку якісь зв'язки, що він побажав би дослідити, то він міг би зробити деякі позначки на іншій стороні паперу. Надихнувшись яскравими кольорами нової коробки пастелі, Річард вирішив намалювати нічну сцену багаття на правій частині паперу.

Через деякий час він зробив асоціацію і почав малювати зображення на лівій стороні паперу. Було обумовлено, що коли він захоче випробувати будь-який рівень стресу, він має повернутися до приємного зображення з правого боку, додати більше позначок і налаштуватися на заспокійливі асоціації.

Після виставлення позначок на альтернативних сторонах аркушу почали з'являтися зображення, які ми могли досліджувати, поперемінно звертаючись до заспокійливого та тривожного матеріалу. Ми споглядали його минуле «Я» та його теперішнє «Я» в різних сценаріях, на відстані одного кроку. Коли дістрес починав зростати через спостереження та відновлення зв'язку з образом травми, Річард зміг відвернути увагу назад у заспокійливе місце та заземлитися через сенсорні властивості художніх матеріалів.

Після приємних спогадів про багаття та споглядання феєрверків Річард зробив сенсорну асоціацію зі службою в армії під час Фолклендської війни, де був свідком битви у Маунт Лонгдон (Mount Longdon). Штурм відбувався під покровом темряви, і було багато втрат. Сенсорні аспекти пам'яті, як-от шум, кольорові спалахи і відчуття вибухів, були передані через образ і вербальну рефлексію. Відчуття безсилля в сценарії травми було виявлено та відчуте, але врівноважене діями та відновленням зв'язку з приємним місцем. У такий спосіб він зміг вербалізувати цей досвід і витримати чуттєві спогади.

Розмірковуючи про сесію під час сумісної підготовки цього тексту, Річард підтвердив переваги розробки

зони психічної безпеки, «яка майже так само як і мистецька робота, створила бар'єр між моїм минулим і теперішнім «Я», щоб я міг побачити й відчутти — нібито з чужого досвіду — те, що бачила й відчувала

людина, якою я був. І коли все стало трохи складно, я міг піти на вечірку біля багаття, вся моя родина була зі мною, поки криза не минула, а потім знову повернувся до подій».

Американські арттерапевти Макнамі і Тріпп (McNamee (2006) and Tripp (2007, 2016) писали про арттерапію та двосторонню стимуляцію у зв'язку з *нейропластичністю* — здатністю мозку генерувати нові нейронні шляхи. Двостороння стимуляція, що навмисно залучає обидві півкулі мозку, використовується в методі Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) (Shapiro, 2001), заснованому на доказах втручання, рекомендованого для лікування ПТСР. Вважається, що двостороннє створення художніх творів «цілеспрямовано залучає як ліву, так і праву» півкулі мозку, а також численні сенсорні системи у відповідь на ідентифіковані клієнтом конфліктні елементи досвіду з метою створення балансу та інтеграції шляхом зміни «дезадаптивної нейронної організації» (McNamee, 2006, р. 7-8). Тріпп (Tripp) використовував модифіковану версію EMDR у поєднанні з арттерапією та описав, як тривожні спогади можуть стати «перетвореними новими асоціаціями на адаптивну та позитивну інформацію» (Tripp, 2007, р. 178), а не залишатися замороженими в часі.

У випадку таблиці 8.3 двостороння стимуляція дозволила Річарду пов'язати емоції та відчуття з когнітивною оцінкою. Він зміг дистанціюватися від матеріалу травми через відсторонення від досвіду. Одночасне спостереження спогадів 30-річної давнини поряд із нещодавнім досвідом підкреслило розрив у часі. Мистецтво надало доступ до сенсорних тригерів, які відкрили ворота у минуле, але також запропонували способи управління і трансформації матеріалу.

Пошук рівноваги за допомогою арттерапії

Арттерапія забезпечує канал для розкриття невербального, сенсорного матеріалу та для роздумів. Виникаючі символи декодуються в слова, створюючи тим самим наративний зсув. В результаті покращується зв'язок між півкулями мозку, що сприяє осмисленню значень та обробці матеріалу травми. Можуть бути виявлені відокремлені частини цілісного «Я», і тоді може початися реінтеграція. Арттерапія надає засоби, за допомогою яких може відбуватися спілкування між конфліктними аспектами «двох розумів» для відновлення рівноваги після дисбалансу, спричиненого травмою.

Арттерапія може допомогти зосередити увагу на сьогоденні через подачу складного матеріалу з минулого. По суті, тактильні та сенсорні якості матеріалів, задоволення від створення мистецтва та рухи в процесі заняття мистецтвом можуть допомогти у саморегуляції під час переживання необроблених, тривожних спогадів. Мистецькі матеріали забезпечують відчутний зв'язок, який закріплює людину в сьогоденні та одночасно відкриває доступ до творчості й уяви, що, своєю чергою, відкриває нові можливості.

References

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th edn). Washington, DC: APA.
- Bremner, J. D. & Marmar, C. R. (eds) (1998). *Trauma, memory and dissociation*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Breuer, J. & Freud, S. (1895). Studies on hysteria. In J. Strachey (ed. & trans.), *The standard edition of the complete works of Sigmund Freud*, Vol. 2. London: The Hogarth Press.
- Brewin, C., Dalgleish, T. & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103(4), 670–686.
- British Pathé News (2016). Reel 1. Netley Hospital 1917 and Seale Hayne Military Hospital 1918. Retrieved from www.britishPathé.com/video/war-neuroses-version-b-reel-1.
- Brown, D. & Pedder, J. (1991). *Becoming to psychotherapy: An outline of psychodynamic principles and practice* (2nd edn). London: Routledge.
- Carlson, E. B. & Putnam, F. W. (1993). An update on the dissociative experiences scale. *Dissociation*, 6, 16–27.
- Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319–345.
- Freud, S. (1900). The interpretation of dreams. In J. Strachey (ed. & trans.), *The standard edition of the complete works of Sigmund Freud*, Vol. 4. London: The Hogarth Press.
- Freud, S. (1920). Beyond the pleasure principle. In J. Strachey (ed. & trans.), *The standard edition of the complete works of Sigmund Freud*, Vol. 18. London: The Hogarth Press.
- Freud, S. (1924). The loss of reality in neurosis and psychosis. In J. Strachey (ed. & trans.), *The standard edition of the complete works of Sigmund Freud*, Vol. 19. London: The Hogarth Press.
- Garland, C. (1998) (ed.). *Understanding trauma: A psychoanalytical approach*. London: Karnac.
- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence from domestic abuse to political terror*. New York, NY: Basic Books.
- Horowitz, M. J. (1999). (ed.) *Essential papers on Post-Traumatic Stress Disorder*. New York, NY: New York University Press.
- ISSTD (2016). *International Society for the Study of Trauma and Dissociation*. Retrieved from www.isst-d.org/?contentID=76.
- Janet, P. (1898). *Névroses et idées fixes*, Vol. 1. Paris: Felix Alcan.
- Janet, P. (1919). *Les médications psychologiques* (3 volumes). English edition: *Psychological healing* (2 volumes), New York, NY: Macmillan. Reprint: New York, NY: Arno Press, 1976.
- Johnson, D. R., Lubin, H., James, M. & Hale, K. (1997). Single session effects of treatment components within a specialized inpatient posttraumatic stress disorder program. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 377–390.
- Konopka, L. (2016). Neuroscience concepts in clinical practice. In J. L. King (ed.), *Art therapy, trauma, and neuroscience: Theoretical and practical perspectives* (pp. 11–41). New York, NY: Routledge.
- Lobban, J. (2016). Art therapy for military veterans with PTSD: A transatlantic study. Retrieved from www.wcmt.org.uk/fellows/reports/art-therapy-military-veterans-ptsd-transatlantic-study#downloads.
- McGilchrist, I. (2010). *The master and his emissary: The divided brain and the making of the western world*. London: Yale University Press.

- McNamee, C. M. (2006). Experiences with bilateral art: A retrospective study. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 23(1), 7–13.
- Morgan, C. A. & Johnson, D. R. (1995). Use of a drawing task in the treatment of nightmares in combat-related Post-Traumatic Stress Disorders. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 12(4), 244–47.
- Myers, C. S. (1940). *Shell shock in France*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Nanda, U. H., Gaydos, L. B., Hathorn, K. & Watkins, N. (2010). Art and posttraumatic stress: A review of the empirical literature on the therapeutic implications of artwork for war veterans with posttraumatic stress disorder. *Environment and Behavior*, 42(3), 376–390.
- Nemiah, J. (1981). Dissociative disorders. In A. M. Freeman & H. I. Kaplan (eds), *Comprehensive textbook of psychiatry* (3rd edn) (pp. 1554–1561). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Nijenhuis, E. R. S., van der Hart, O. & Steele, K. (2004). Trauma-related structural dissociation of the personality. Trauma Information Pages website, January 2004. Retrieved from www.trauma-pages.com/a/nijenhuis-2004.php.
- Putnam, F. W. (1989). *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Schore, A. N. (2012). *The science of the art of psychotherapy*. New York, NY: W. W. Norton.
- Shapiro, F. (2001). *EMDR: Eye Movement Desensitisation and Reprocessing: Basic principles, protocols and procedures* (2nd edn). New York, NY: Guilford Press.
- Singer, J. L. (ed.). (1990). *Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology, and health*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Spitzer, C., Barnow, S., Freyberger, H. J. & Grabe, H. J. (2006). Recent developments in the theory of dissociation. *World Psychiatry*, 5(2), 82–86.
- Steele, K., van der Hart, O. & Nijenhuis, E. R. S. (2005). Phase-orientated treatment for structural dissociation in complex traumatisation: overcoming trauma-related phobias. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(3), 11–53.
- Tripp, T. (2007). A short-term therapy approach to processing trauma: art therapy and bilateral stimulation. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 24(4), 176–183.
- Tripp, T. (2016). A body-based bilateral art protocol for reprocessing trauma. In J. L. King (ed.), *Art therapy, trauma, and neuroscience: Theoretical and practical perspectives* (pp. 173–194). New York, NY: Routledge.
- van der Hart, O. (2011). *Dissociation and the personality: The key to understanding chronic traumatisation and a guide to EMDR treatment*. Presented at the EMDR Association UK & Ireland 9th Annual Conference, Bristol, UK.
- van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S. & Soloman, R. (2010). Dissociation of the personality in complex trauma-related disorders and EMDR: Theoretical considerations. *Journal of EMDR Practice & Research*, 4(2), 76–92.
- Waller, N. G., Putnam, F. W. & Carlson, E. B. (1996). Types of dissociation and dissociative types: A taxonomic analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods*, 1, 300–321.

Травма і дисоціація

Погляд зсередини

Річард Кіджелл

Контекст

Мене звати Річард Кіджелл. Мені 62 роки, я відслужив сім років в Королівських військово-повітряних силах (RAF), і в мене посттравматичний стресовий розлад, пов'язаний з бойовими діями — ПТСР. Якщо це звучить так, ніби п'яничка представляється на зустрічі Анонімних алкоголіків, то це не випадково, оскільки ПТСР — це стан, який викликає почуття збентеження, навіть сорому, і самоосуд, так само як алкоголізм. У мене була додаткова складність в тому, щоб відкрито говорити про свої проблеми, адже моя травма сталася під час *бойових дій* у Британії, а не в справжніх боях, тож я не можу для пояснення посилаючись на воєнні кампанії, немає медалей, які я міг би носити з гордістю; лише приватні спогади про погані речі — деякі з них «забуті» моєю свідомістю, але їдко нагадують про себе на глибшому рівні. Навіть мої брати (обидва колишні військовослужбовці) висловили недовіру, що я міг бути травмованим «службою вдома». Тим, що я тепер можу відкрито розповідати про мій стан і переживання, я завдячую лікуванню, яке отримав від благодійної організації ветеранів Combat Stress, і особливо від арттерапії.

На початку 1980-х я понад три роки служив на невеликому полігоні авіаційного озброєння. Персоналу було дуже мало, тому мені доводилося виконувати багато обов'язків, до яких я не був підготовлений, і це було небезпечне місце для роботи. Подробиці не мають значення, але кілька разів я був близький до смерті, у кількох випадках я врятував від поранень чи смерті своїх колег, хоча одному другові моя перша допомога життя не врятувала. Як не дивно, цей пост був дуже приємним: у всіх з'явилося особливе почуття гумору, і я почувався неймовірно активним. Ми мали роботу і почувалися сповненими рішучості виконати її добре — це був наш обов'язок, а нашим інструментом була самодисципліна. Досить скоро я виявив, що перестав відчувати страх; обережність і самозбереження залишилися, але емоція зникла — точніше, вона була сильно й автоматично придушена.

З полігону я пішов прямо на навчання на офіцерське звання, не розуміючи, що страждаю від наслідків травми. Це був складний курс, і, хоча там не було

булінгу, проте деякі його елементи відчувалися, і мені довелося дотримуватися ще суворішої самодисципліни. Інстинктивно захищаючи найуразливіші й травмовані частини мого розуму, я постійно відчував себе в облозі і не отримував задоволення від своїх успіхів. Я вважав це жалюгідним досвідом, але перш ніж відмовитися від навчання, протягом восьми місяців продовжував вчитися через чисту впертість. Через кілька місяців після того, як я закінчив з навчанням, у мене сталося те, що я б назвав зривом, хоча він не був діагностований професійно. У той час я вважав симптоми неприйнятною слабкістю, тому змушував себе функціонувати, посиливши самодисципліну, а потім повернувся до цивільного життя. Я вижив, створивши ментальний «обладунок», який виключав негативні емоції; я був «у безпеці» і міг функціонувати, але почувався ізольованим від світу.

Протягом останніх кількох місяців у RAF зі мною сталося два випадки, які, як я зараз знаю, були «флешбеками». У якійсь момент, як мені здалося, я працював з гарматними цілями на полігоні авіаційного озброєння, а наступної миті я вже стояв на аеродромі, який не впізнавав, і не розумів, як я раптом змінив місце. Я був повністю розгублений і збентежений, і мені знадобилася кожна крихта мого самоконтролю, щоб зберегти спокій і зрозуміти, що зі мною відбувається, доки я раптом зміг упізнати моє теперішнє оточення, і спогади миттєво повернулися на свої місця. Тоді я зміг продовжити виконання своїх завдань, але повернення в сьогодні було досить жахливим досвідом.

Посттравматичний стрес

Я зробив успішну цивільну кар'єру, ставши головним системним інженером з проектування радіолокаційних систем для GEC-Marconi та BAE Systems, і я жив нормальним соціальним життям, одружився та став інструктором у Десантному Учебному Корпусі для кадетів Швидкої Допомоги Св. Джона (Air Training Corps and St John Ambulance Cadets). Але завжди був досить нелогічно пильним, зважував кожний свій крок, щоб не наступити на неіснуючу зброю, що не вибухнула, і сканував небо в пошуках неіснуючих атакуючих літаків. Я ретельно готувався до всіх можливих проблем і небезпек у житті і відчував відповідальність за безпеку всіх навколо. Я був терплячим і терпимим до недоліків та помилок інших людей, але водночас дуже нетерпимим до будь-яких промахів або слабкостей у собі, і моя самокритика могла бути доволі безжальною. Я рідко злився або засмучувався через інших людей і міг залишатися надзвичайно спокійним та логічним у дійсно небезпечних ситуаціях, але міг вибухнути гнівом й розчаруванням, коли сам робив несуттєву помилку чи похибку.

Я все ще міг почуватися щасливим, але зазвичай стримано й приглушено; я зрідка дозволяв собі відчувати ейфорію, тому що знав, що щастя може зникнути. В іншому емоційному напрямку я міг відчувати загрози та небезпеку, але не відчував страху, як це траплялося, коли я був молодшим.

Наприклад, 1998 року я потрапив у дорожньо-транспортну пригоду, коли мою машину розбило і двері коло мене відірвалися. Я спокійно вийшов з машини, переконався, що місцевість безпечна і ніхто не постраждав, вжив необхідних заходів, включаючи заяву в поліцію, домовився про ремонт автомобіля, а потім сів на автобус і поїхав на роботу приблизно через три години після аварії. Це не був гідний похвали стоїцизм — я просто не почувався емоційно стурбованим. В іншому прикладі емоційної відстороненості, коли мої батьки померли, хоча я любив своїх батьків і сумував, коли їх не стало, я знову робив усе необхідне ефективно й результативно, і не пролив жодної сльози — здавалося, я не міг справді сумувати. Деякі люди можуть сприймати цю емоційну відстороненість як перевагу, і це, безумовно, полегшує вирішення проблем і надзвичайних ситуацій, але зараз це засмучує мене, тому що я втратив щось, що насправді було важливим для мене.

Моя криза сталася в 1999 році, коли моя дружина захворіла на рак грудей. Ні, на диво, не під час загрозливої для життя фази її хвороби, а скоріше тоді, коли їй сказали, що жодних слідів її раку не виявлено, і що вона перейде до гормональної терапії та моніторингу. Я з вдячністю послабив свій самоконтроль, і через два тижні Макміллан, медсестра моєї дружини, наказала мені з'явитися до лікаря, оскільки у мене була депресія. Мені негайно призначили антидепресанти, а психіатр поставив мені діагноз: тривожність і депресія. Мені призначили курс релаксаційної терапії, потім кілька сеансів індивідуальної психотерапії, а після того мені довелося чекати приблизно рік, поки з'явиться вакансія для групової психотерапії. Лікування, проведене Національною службою охорони здоров'я (NHS), певною мірою допомогло мені підтримувати працездатність, але мій стан погіршувався. Мені було важко концентруватися, моя пам'ять надзвичайно погіршилася, і здавалося, що всюди були загрози та потенційні вороги. Я став надто пильним; хоча знав, що це нереально, але мені здавалося, що у людних місцях можуть сховатися терористи, а на землі могла лежати зброя, що не вибухнула. Я не міг зупинитися, розглядаючи небо в пошуках неіснуючих атакуючих літаків; феєрверки викликали жах, який би змусив мене впасти на землю. Я розумів усю цю безглуздість, адже знав, що це нереально в сучасному світі, проте був замкнений у минулому часі мого життя.

Я продовжував добре працювати, але лише жертвуючи своїм вільним часом і приємними заняттями, і було лише кілька обраних людей, кому, як я вважав, можна довіряти. У мене розвинувся «менталітет облоги», я навіть поставив дзеркало на свій стіл, щоб бачити, хто наближається ззаду. І в мене часто виникали потужні думки про самогубство, як єдине, що здатне зупинити цей душевний біль. Тут, принаймні, мій надмірний самоконтроль спрацював мені на користь, адже я вважав несправедливим і нечесним спричиняти такий смуток та горе людям, про яких я піклувався, лише для того, щоб полегшити власний біль. Я часто згадував епізоди служби в RAF — не просто яскраві спогади, але епізоди, коли я жив у минулому, не знаючи про теперішнього себе. У найгірші моменти я отримував флешбеки майже щодня.

Я намагався продовжувати працювати та вести нормальне соціальне життя, і це було важко. Я був втомлений, пригнічений, часто розгублений, і щоб вижити, придушував свої емоції за допомогою досить жорстокої самодисципліни. Проте обличчя, яке я показував світові, переконувало всіх, крім моєї дружини, що я веселий і добре справляюся з усіма проблемами роботи та життя. Я не був таким. Я часто почувався ізольованим від навколишнього світу, навіть коли мене оточували колеги та друзі. Я відчував, що мої очі — це скляні вікна, інші люди були зовні, а я — всередині, просто спостерігав за ними, але не був серед них. Я назвав це «ефектом акваріума з золотою рибкою», але потім дізнався, що це називається «дисоціацією».

Моє життя почало змінюватися на краще, коли я звернувся по допомогу до благодійної організації Combat Stress у 2004 році. Мені поставили діагноз ПТСР і я почав отримувати кілька різних видів терапії та навчання. Найважливіше те, що я отримав досвід арттерапії, яка провела мене неймовірним шляхом відкриття через внутрішній ландшафт пригнічених емоцій, прихованих спогадів і внутрішніх конфліктів. Образи, які я створював протягом кількох років, допомогли мені дійти висновку, що мій розум відокремився, і до чого це призвело. Зображення навіть підштовхнули мене до відкриття ментальних інструментів, які я міг використати, щоб допомогти своєму розуму знову нормально функціонувати. Це сталося надто пізно, щоб врятувати мою кар'єру (у 2006 році я пішов на пенсію за станом здоров'я), але це допомагає мені адаптуватися та краще жити в суспільстві, і я відчуваю, що знову роблю корисний внесок.

Переживання психологічної дисоціації

Раніше я говорив про «ефект акваріума з золотою рибкою», про те, як мені здавалося, що мої очі були скляними вікнами, але насправді ефект був настільки сильним, що я часто візуалізував, як я підходжу до тих вікон і стукаю рукою по внутрішньому склу. Коли я був у такому стані, зовнішній світ здавався плоским, майже двовимірним місцем, яке не мало для мене справжнього значення; звуки здавалися приглушеними, і я не відчував особливих емоцій, окрім досить відстороненого інтересу. Дивно, але інші люди наче не помічали в мені нічого незвичайного, проте я сприймав це як попереджувальний знак того, що я прямую до «країни флешбеку», як я її назвав. Якби я негайно не вжив заходів, щоб вибратися зтодішньої стресової ситуації й заземлитися в теперішньому, то наступна фаза дисоціації була б потоком неконтрольованих яскравих спогадів, які б прокручувалися все швидше й швидше, як плівка, що перемотується вперед, а потім раптово зупиняється на одній сцені. У цей момент у мене залишалися лише секунди, щоб заземлитися в сьогоденні, перш ніж цей спогад захопив би всю мою реальність, і я б загубився всередині флешбеку.

Люди часто використовують термін «флешбек», щоб описати досвід неконтрольованих яскравих спогадів, але мої спогади — це щось зовсім

інше. Коли трапляється флешбек, я все ще усвідомлюю, що відбувається зараз навколо мене, але воно вбудовується в пам'ять, що стала моєю пасткою, і воно інтерпретується та змінюється щодо ментального образу, викликаного цим спогадом. Зазвичай я бачу себе на початку 1980-х на полігоні авіаційного озброєння в уніформі RAF; якщо у нинішньому світі я знаходжуся поруч з автомобілем, то у моїй реальності це буде RAF Land Rover, а килимове покриття підлоги — піщані доріжки серед чагарників. У флешбеку мій теперішній час є датою спогаду, і я нічого не знаю про себе колишнього або пізніших часів.

Одного разу я не встиг достатньо швидко піти зі свого робочого місця і увійшов у флешбек ще на паркінгу, але крихітна частина моєї сьогоденної свідомості залишилася, спостерігаючи ніби з великої відстані. У зовнішньому світі я стояв біля своєї машини, сірої Vauxhall Agila, проте в реальності мого флешбеку я був біля командно-диспетчерського пункту на полігоні авіаційного озброєння. У робочій формі RAF я стояв біля оливково-зеленого RAF Land Rover, збираючись виїхати до цілі. Фрагмент моєї свідомості, що залишився, знав, що було б небезпечно вводити мене в цю оману, але не міг проникнути у флешбек і вжити заходів. Тоді я зупинився й спантеличено подивився на свої руки, бо не міг їх зігнути; на мені були, як я думав, полотняні та шкіряні робочі рукавички RAF, і все виглядало нормально, але мої зап'ястки були заблоковані, і я почав дуже хвилюватися. У реальному світі кілька місяців тому у мене виникли повторювані травми через роботу на комп'ютері, і я носив жорсткі шини для зап'ястя; але молодший я з флешбеку нічого про це не знав. Залишку моєї свідомості вдалося відбити контроль, щоб вигукнути один-єдиний наполегливий наказ: «Біжи!». І я це зробив. І коли я віддалявся від ситуації, флешбек розтанув, і я поступово повернувся до себе старшого. Це був дуже неприємний досвід.

У мене стався один особливий досвід флешбеку, який дав, я вважаю, цінну підказку про те, що відбувається в мозку під час цього явища. Одного дня наприкінці 2005 року я був на роботі і йшов коридором, повертаючись до свого офісу після важкої та напруженої технічної зустрічі, і раптом відчув, що спливаю у флешбек. Але найцікавіше в цьому випадку було те, що я опинився одночасно в двох різних реальностях. В одній реальності я був сьогодні, йшов коридором і збирався повернути ліворуч до свого кабінету. В іншій реальності я перебував у флешбеку на полігоні авіаційного озброєння, йшов піщаною доріжкою й збирався повернути праворуч до електронної мішені, яку мені треба було ремонтувати. Коли ж я дійшов до поворотної точки, моя права нога повернула вліво, а ліва — вправо! Звичайно, я впав долілиць і почав сміятися як ідіот, тому що вважав свою ситуацію одночасно безглуздою та смішною! Моє почуття стресу зникло через занурення у комедію, і мій розум повністю повернувся до сьогодення. Я вважаю, важливою особливістю цього епізоду було те, що моя права нога діяла правильно відповідно до сучасної ситуації, тоді як моя ліва нога реагувала відповідно до потреб флешбеку. Тож я зробив висновок, що флешбек виник у моїй правій

півкулі мозку, емоційному джерелі підсвідомості. Якби я не впав і не повернувся до реальності, то, думаю, флешбек швидко би охопив також ліву півкулю мозку, і я б пропустив цей інсайт.

Іншим симптомом дисоціації, який я маю, є «втрачений час», який зазвичай трапляється, коли я розслаблений у спокійному періоді без стресу чи тиску. Раптом я усвідомлюю, що минув час, якого я не помітив; може здатися, що годинник раптово перескочив вперед на пів години або більше, або ввечері в кімнаті раптово зсутеніло. Я усвідомлюю, що не спав, але іноді завдання виконувалися без мого очевидного відома. Це так, ніби моя свідомість на деякий час «завмерла» і залишила мою підсвідомість керувати.

На щастя, арттерапія не тільки привела мене до розуміння дисоціації та її причини, але й запропонувала ментальні техніки та інструменти, щоб допомогти мені зменшити частоту та наслідки дисоціації.

Мій досвід арттерапії

Я не є професійним медиком чи терапевтом, тому можу говорити про арттерапію лише з мого особистого досвіду як клієнт. Але я сподіваюся, що мій особистий інсайт буде корисним для читачів цієї книги. Я маю досвід двох різних видів арттерапії в лікувальному центрі Combat Stress: арттерапія і мистецтво як ерготерапія. Неспеціалісти схильні вважати, що це одне й те саме, але, хоча обидва цінні по-своєму, вони не однакові. Ерготерапія використовує мистецтво разом з іншими видами діяльності для розвитку навичок, тренування концентрації, виховання впевненості в собі та дає відчуття досягнення. Власне, арттерапія використовує творчі медіа як інструмент для отримання доступу до прихованих і пригнічених аспектів розуму та пам'яті. Зазвичай я закінчую сеанс ерготерапії менш напруженим і відчуваю себе добре, бо досягнув чогось вартого. Водночас з високою долею вірогідності я закінчу сесію арттерапії, почувуючись нестабільним і приголомшеним тим, що було виявлено, — і мені буде конче необхідно посидіти за чашкою гарного гарячого чаю! Я знаю кількох інших ветеранів, які спробували арттерапію один раз і відмовилися від сесій, оскільки не відчували негайної користі. Це дуже шкода, тому що я виявив, що можуть знадобитися дні або навіть тижні, перш ніж почнуть проявлятися реальні переваги арттерапії.

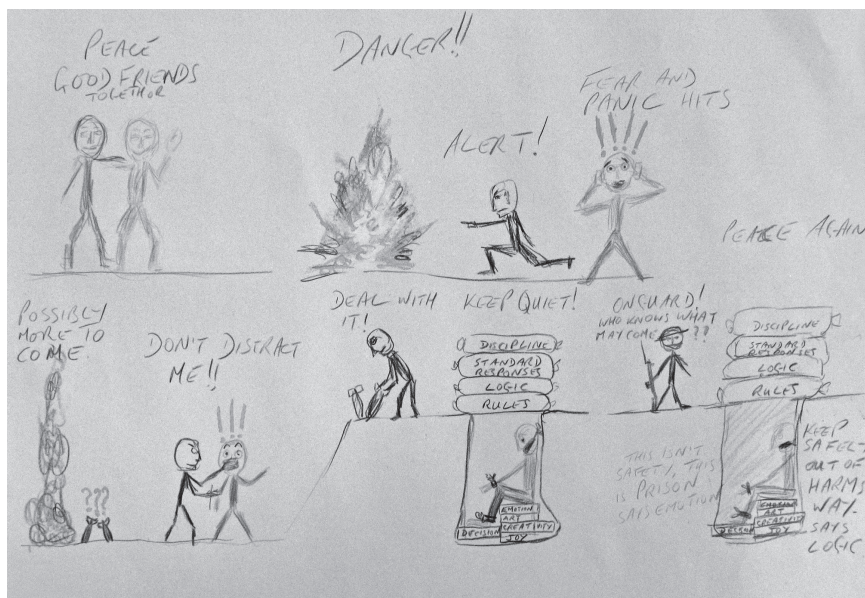
Кабінет арттерапії в лікувальному центрі Combat Stress устаткований різноманітними мистецькими матеріалами, як-от інструменти для ліплення, різні типи фарб, олівці, пастелі, крейда та навіть коробка всіляких «дрібничок» (маленькі камінці, мушлі равликів, гайки та болти та багато інших речей, які нічого не варті, але можуть викликати спогади чи думки). Ця різноманітність дозволяє мені очистити свій розум і дозволити моїй підсвідомості вибрати те, що здається в цей момент правильним. У минулому я малював фарбами, пальцями, звичайними і кольоровими олівцями, пастеллю та робив колажі з використанням отих дрібничок. Крім того, я зробив кілька реакцій в письмовій формі — вірші, коротка проза або письмові коментарі

до малюнка. Проте всі ці образи мають дві спільні риси: я завжди намагаюся спочатку очистити свій розум від свідомих, вербальних думок і намагаюся працювати швидко, спрощено та невміло. Вважаю, що свідомі спроба визначитися та спланувати образ, а також спроба вправно попрацювати, включати втручання в процес лівої півкулі мозку, що відповідає за логічність, а потім цензурує і блокує повідомлення від правого мозку, що відає підсвідомим. Я описую свою техніку в арттерапії як «малювання паличок та плямочок»!.

Перші малюнки, які я зробив під час сесій арттерапії, були простими ескізами олівцем, які дуже буквально відображали тривожні події з мого минулого, але згодом почав проявлятися символізм, і колір став більш значущим. Для мене символи разом із почуттями є явною мовою підсвідомого правого мозку, і їхній заклик в арттерапії схожий на сновидіння; але в той час як сновидіння важко зрозуміти, оскільки вони неконтрольовані, розбиті та важко запам'ятовуються, арттерапевтичні образи генеруються під час повної свідомості та мають конкретну природу, яку можна аналізувати та переглядати на дозвіллі, іноді навіть через роки.

Образи арттерапії викликали відновлення кількох спогадів, які я раніше «втратив». Деякі з них просто зникли з моєї пам'яті, навіть не залишивши усвідомлення, що чогось не вистачає; деякі зникли з пам'яті, але залишили відчуття, що є щось, що я повинен пам'ятати; інші залишили помилкові спогади про те, що їм розповіли про подію, у якій я особисто не брав участі. Проте всі вони залишили незрозумілі «стрибки» та невідповідності в розповіді про моє особисте, яке я не міг пояснити, і це викликало у мене занепокоєння, передусім тому, що я, вочевидь, ні до чого не відчував емоційної реакції. Кілька разів під час сесій арттерапії я відкривав, що з'являвся символічний або алегоричний образ, який я не міг пояснити, і який був радше схожий на тривожний сон. Проте на відміну від сну, у мене був конкретний образ, який я міг переглянути та подумати про нього пізніше, а потім, іноді через кілька днів або навіть тижнів, я раптом усвідомлював значення образу, і спогад знову з'являвся в моїй пам'яті, ніби він нікуди й не дівався. Дивно, але всі втрачені спогади, які я наразі відновив, стосувалися неприємних подій, коли я вчиняв правильно і не мав причин соромитися. Я поняття не маю, навіщо мені обмежувати ці спогади, адже я почуваюся краще, повернувши їх до моєї розповіді про особисте.

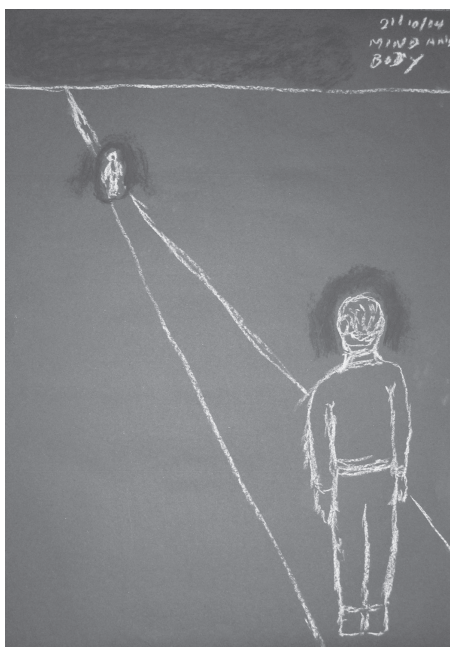
Ще одна відмінність від сновидінь, яку я виявив, полягає в тому, що арттерапевтичні образи не лише вказують на те, що не так, вони також можуть запропонувати шляхи покращення та ментальні інструменти для ефективного вирішення труднощів, як-от через співчутливі образи (як обговорювалося в Розділі 7). Наприклад, одне з моїх зображень показало, що я зіткнувся з обмеженим вибором між двома напрямками: я міг би піти «легким» шляхом і прийняти ментальну «нерухомість до смерті» або я міг би докласти зусиль, щоб знову приєднатися до «Танцю життя» і одного дня знову виринути на сонячне світло (я не знаю, чи термін «Танець життя» був несвідомо натхненний назвою знаменитої картини Мунка, але мені це здалося просто



Малюнок 9.1 «Ліве і праве», Річард Кіджел

спонтанною метафорою). Варіанти вибору і наслідки раптово стали дуже чіткими, і я вирішив піти болісним і важчим шляхом, щоб знову приєднатися до «Танцю життя». Найпотужніший і найкорисніший співчутливий образ, який я створив, на перший погляд здається досить дивним, тому що це великий рожевий дракон на ім'я Теффі Дружній Дракон, він представляє мою повну сутність, коли мій лівий і правий мозок (або свідомість і підсвідомість) працюють у гармонії. На Табличці 9.1 зображено Теффі, якого я намалював, щоб зробити його для мене більш «реальним». Коли стикаюся зі складним завданням, як-от: іду багатолюдною вулицею чи їду в громадському транспорті, візуалізую Теффі поруч зі мною, і він нагадує мені, що я все ще маю силу та рішучість робити те, що потрібно зробити. Коли мій розум дисоціює, і мені важко функціонувати через невпевненість, я бачу Теффі в собі і через нього веду перемовини з двома ворогуючими розумами та заохочую й переконую їх співробітничати. І це працює.

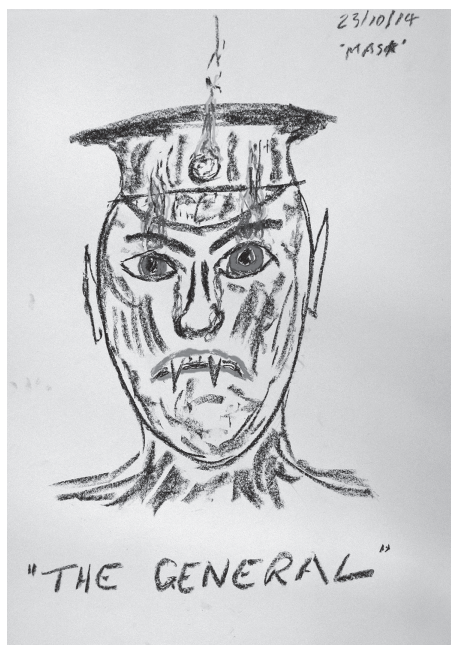
Малюнок 9.1, створений у 2013 році, є важливим прикладом моїх зображень, що використовувалися в арттерапії, оскільки пояснив мені у вигляді коміксу, що рухається від верхнього лівого кута до нижнього правого, як виникла моя дисоціація. Логічний, дисциплінований свідомий розум лівої півкулі зображений як проста чорна фігура, водночас креативний, емоційний підсвідомий розум правої півкулі представлений яскраво забарвленою фігурою. До травматичних подій вони були хорошими друзями, які радісно співпрацювали. Але коли виникла загроза, свідомий розум знав, що для виживання



Малюнок 9.2 «Розум і тіло», Річард Кіджел

потрібно бути логічним і дисциплінованим, тож він пригнітив емоційний підсвідомий розум і сховав його в безпечному місці, прихованому під дисципліною, стандартними реакціями, логікою та правилами. Це було правильним рішенням у момент небезпеки, адже забезпечило моє виживання. Але, подібно до старого бойового коня, ліва півкуля так і не змогла прийняти, що небезпека минула, і не «склала зброю». Вона залишилася вічно насторожі та більше ніколи не дозволяла підсвідомості вийти з укриття. Це укриття стало в'язницею для підсвідомого розуму, який лише зрідка міг визирнути, коли свідомий розум потребував допомоги для інтуїтивного мислення, творчості чи прийняття рішень, а потім його знову загнали всередину. Не дивно, що підсвідомий розум став злим, ображеним і наляканим.

Малюнок 9.2 з'явився під час моєї наступної госпіталізації в Combat Stress, близько шести місяців потому, у відповідь на задану тему «Розум і тіло». Я почав вмовляти себе, що визначив усі основні проблеми у своєму минулому, і міг швидко рухатися вперед до одужання як більш інтегрована людина. Але цей простий образ попередив мене, що у мене все ще є глибші та тривожніші рівні моєї психіки, які потрібно дослідити. Малюнок суцільно чорно-білий, на ньому зображена дорога, що веде через моє життя до того часу, коли небо було ще чорнішим за чорний папір, на якому я малював. Велика людська фігура — це я сьогодні, і я обернувся, щоб побачити, як далеко я



Малюнок 9.3 «Генерал», Річард Кіджел

пройшов. Але далі позаду, на дорозі я бачу іншу людську фігуру, і розумію, що це частина мене, яка все ще застрягла в минулому, і він покритий чорною пеленою скорботи та депресії. Я думаю про себе теперішнього як про «я», а про себе, втраченого в минулому, як про «він», і хоча я озирнувся назад за своїм вибором, він змушений весь час озиратися назад у фіксованому жаху. Я відчуваю справжній жаль і співчуття до нього, а також велику потребу врятувати його від кошмару. І все це здається дивним, оскільки я знаю, що він — «просто» відокремлена частина мене.

Малюнок 9.3 є знаковим, і я його намалював лише через кілька днів після 9.2. Відтоді як 1984 року я вирішив покинути RAF, у моїй свідомості мене переслідувала диявольська присутність, яку я назвав «Генерал». Логічно, я був певен, що його існування неможливе, але він почувався абсолютно реальним для мене, і я знав, що якщо я викладу свої думки у словах, то він почує їх у моїй голові та втрутиться, щоб зруйнувати мої плани. Я не сумнівався, що якби хтось дізнався про Генерала, то мене б визнали параноїком, і це б вщент зруйнувало мої плани. Але я також знав, що це був би помилковий діагноз. Я абсолютно точно знав, що Генерал реально існував, хоча не міг цього пояснити, але я добре усвідомлював руйнівний ефект тавра «параноїк» на мою кар'єру та особисте життя, тому Генерал залишався секретом, який я пильно оберігав.



Малюнок 9.4 «Мертве око», Річард Кіджел

По мірі того, як моя дисоціація поступово розкривалася для мене через арттерапію, я почав підозрювати, що Генерал — це символічне бачення лівого мозку правим, з його дисципліною та суворим контролем, а також його вимогами до дії попри особистий біль і смуток, і я почав думати, що може бути навіть певне відчуття страху. І це пояснювало, що мої думки можна прочитати, коли я виклав їх словами, — лівий мозок, зрештою, є півкулею, яка виробляє та використовує мову; просто без дисоціації ми не сприймаємо двох людей в одній свідомості.

Потім цей образ Генерала з'явився на сесії арттерапії, хоча ментальний образ у моїй голові був ще більш демонічним і зловісним, ніж можна було передати в цьому нашвидкуруч зробленому ескізі. У мене не залишилося жодних сумнівів, що саме так підсвідомість побачила мою свідомість, і це був великий шок. Як могла одна частина мого розуму так налякатися іншої частини мого власного розуму? Після сесії я проспав повних три години, і коли прокинувся, насправді почув внутрішню розмову в словах:

Свідомість (стурбованим тоном): Ти справді так мене бачиш?

Підсвідомість (трохи збентежено): Ну... не дуже. Не зараз.

Свідомість: Отже, яким ти бачиш мене зараз?

І в голові спалахнув новий образ, складний і кольоровий, він супроводжував словесний опис, що цілком би підійшов для дитячого оповідання у пригодницькому жанрі. Я намалював це якомога чіткіше, поки воно було свіжим у моїй пам'яті. Це Малюнок 9.4. Вербальний опис, який я почув, був «Командир ескадрильї Річард («Дік Мертве Око») Кіджелл, відомий друзям як «Мертве око», Бич «Чорних Драконів!» і мій свідомий розум відтоді був «Мертвим Оком». Генерал переслідував мене 30 років, і знадобилася лише одна сесія арттерапії, щоб убити його назавжди.

Хоча я все ще відчуваю дисоціацію, надмірно самокритична, надмірно дисциплінована і самоконтрольована частина мене, що проявлялася як відповідь на травму, тепер значною мірою замінилася готовністю до внутрішньої співпраці (хоча не завжди успішною). Моя підсвідомість також стає більш наполегливою, коли моя свідомість намагається діяти агресивно, і «Мертве Око» стало ще одним співчутливим образом — готовим втрутитись і боротися з «Чорними Драконами», які є проблемами, викликаними травматичними спогадами.

Мій досвід цінності арттерапії

Всі типи терапії, які я використовував, були по-своєму цінними, але для мене, попри величезну глибину та швидкість проникнення, арттерапія стоїть на голову вище за інші. За самою природою мови підсвідомий розум повинен працювати через ліву півкулю мозку для підтримки розмови, і це дає логічному свідомому розуму чудову можливість цензурувати вивільнену інформацію. Старі звички, страхи та питання публічного іміджу — все це може завадити — підсвідомості бути почутій під час розмовної терапії. Тоді як арттерапія, поки не вимагається велика майстерність, наділяє підсвідомість власним голосом, щоб вона могла говорити власною символічною мовою без цензури. І я виявив, що її одкровення можуть бути як несподіваними, так і шокуючими для свідомості.

Моя свідомість придушила багато проблемних спогадів, які залишаються доступними для моєї підсвідомості, спричиняючи емоційні проблеми, які спливають уві сні... та в арттерапії! Я відновив кілька «втрачених» спогадів через арттерапію, але жодної через розмовну терапію. Арттерапія представляє підсвідомі образи в конкретній формі, яку потрібно розглядати і аналізувати моєю свідомістю, і змушує мої дві свідомості комунікувати між собою, внаслідок чого вони поступово відновлюють зв'язок і реінтегрують.

Обхід дозорного

Дженіс Лоббан

Може бути складно виокремити конкретний внесок арттерапії в результати лікування, коли вона є частиною мультидисциплінарної програми. Зворотний зв'язок від ветеранів із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) під час групових оцінювань і анкетування у благодійній організації Combat Stress, що займається психічним здоров'ям ветеранів, свідчив про те, що арттерапія може допомогти подолати уникання та сприяти терапевтичній взаємодії. З огляду на це висувалася гіпотеза, що, надаючи канал для вираження невербальної діяльності мозку, пов'язаної з емоціями, візуальними образами та тілесними відчуттями, можна було б обійти обмежувальні когнітивні та мовні центри мозку, які можуть створювати жорстку і негнучку позицію. У такий спосіб можна отримати доступ до пригніченого, несвідомого або уникненого матеріалу, що дозволить розглянути ширші перспективи. З метою дослідити ці можливості групі ветеранів запропонували індивідуальні сеанси арттерапії в амбулаторних умовах. Вони не отримували інших психологічних втручань, тому ймовірність того, що будь-які зміни будуть пов'язані саме з арттерапією, була вищою. Виявлені символи опору викликали у ветеранів подив, оскільки вони отримували глибше розуміння власних бар'єрів на шляху до одужання. У наступному тексті надано огляд пілотного дослідження. Для збереження узгодженості з іншими розділами цей матеріал представлено не як традиційний науковий звіт, а у формі більш загального обговорення.

Передумови

Уникання є одним із чотирьох кластерів симптомів ПТСР і проявляється як «стійке уникання стимулів, пов'язаних із травматичною подією (подіями)», або через думки та почуття, або через зовнішні нагадування, як-от люди чи місця (American Psychiatric Association, 2013, р. 271). Отже, воно може стати значною перешкодою для участі в лікуванні. Побудова довіри, необхідної для початку розкриття у терапії, може зайняти багато часу, що не завжди можливо через обмежені ресурси та заходи жорсткої економії. Навіть за

наявності довіри уникання може мати сильний вплив, який важко подолати. Якщо воно ускладнене почуттям провини чи сорому, опір подоланню уникання може стати, здавалося б, непереборною перешкодою. Захисна поведінка, як-от уникання, якщо їй не протистояти, може створити обмеження, що суттєво впливають на повсякденне функціонування. Уникання може підтримувати психологічний дистрес і впливати на спонтанність (Kashdan, Barrios, Forsyth & Steger, 2006). Це ключова концепція у багатьох теоретичних підходах, хоча вони можуть бути дуже різними. Це можна порівнювати з психоаналітичною концепцією витіснення з опором до лікування, хоча уникання часто є усвідомленим вибором (Lobban, 2016).

Іноді уникання проявляється в образах арттерапії через символи ізоляції, відчуження або, можливо, агресії. Малюнок 10.1 передає послання «не входити» або, можливо, «поводитися обережно» з голками, готовими проколоти небажане наближення. Вміст коробки запечатаний і прихований від глядача, що натякає на бомбу, яка не вибухнула і готова до детонації. Ветерани можуть «показувати свої кігті», щоб тримати людей на відстані — як для власного захисту, так і для захисту інших. Може бути страх перед емоційним відкриттям і новим болючим ударом, наприклад, після втрати близького товариша.

Отже, завдання полягає в тому, щоб знайти способи подолання уникання та сприяння терапевтичній взаємодії. Єдиного загальноприйнятого визначення «терапевтичної взаємодії» не існує, і методи її оцінки зазвичай не є універсальними для різних контекстів і груп населення (Tetley, Jinks, Huband



Малюнок 10.1 «Коробка з булавками»

& Howells, 2011). Тому для цілей пілотного дослідження концепція терапевтичної взаємодії була визначена за такими критеріями: (1) відвідуваність; (2) активна участь, що включає створення мистецьких робіт і рефлексивне обговорення; (3) емоційна толерантність до обговорюваного матеріалу; (4) ознаки нового навчання; (5) завершення курсу лікування.

Для формулювання дослідницького питання було вивчено оцінки та опитування ветеранів щодо групових сеансів арттерапії з метою виявлення можливих механізмів, які могли б впливати на процес. Аналіз відгуків ветеранів щодо групових сеансів арттерапії представлений у Розділі 11, але вже зараз варто включити кілька важливих висновків. Ветерани були здивовані силою емоцій, що виникли, та символами, які проявилися під час арттерапії. Вони відзначали, що роблять нові відкриття та дізнаються більше про себе. Респонденти зазначали, що арттерапія дозволила їм виявити у собі щось, про що вони раніше не знали, і несподівано змогли висловити свої емоції (Lobban, 2016). Ці коментарі свідчать про те, що ветерани розкривали матеріали, які раніше були несвідомими або пригніченими, і водночас могли справлятися з силою емоцій, що виникали, і це вказує на підвищення емоційної толерантності. З метою глибше дослідити ці ідеї, було сформульовано дослідницьке питання для пілотного дослідження: Яким чином арттерапія може сприяти подоланню уникання серед ветеранів і полегшити терапевтичну взаємодію? Для вирішення цього питання проводився набір ветеранів для участі у дослідженні.

Основа дослідження

До потенційних учасників зверталися на основі відповідності різним критеріям, зокрема наявності діагнозу хронічного ПТСР та відсутності готовності, бажання чи можливості відвідувати шеститижневу стаціонарну програму інтенсивного лікування. Ветерани мали бути готовими до 14 щотижневих або двотижневих сесій, а також мати можливість приїжджати до лікувального центру. Багато ветеранів із ПТСР не можуть користуватися громадським транспортом через тривогу, яку він викликає, або неспроможні оплатити проїзд. Загалом дев'ять ветеранів розпочали пілотне дослідження, але лише п'ятеро пройшли повний цикл сесій. Значну роль у відсіві зіграли транспортні проблеми. Кільком ветеранам доводилося покладатися на допомогу друзів або членів родини, але це не завжди було можливо. Чотирьом учасникам доводилося в обох напрямках долати відстань від 116 до 178 миль через географічне розташування. Двоє з чотирьох ветеранів зрештою вибули з пілота.

Пілотне дослідження включало базову сесію, під час якої було проведено два психометричних вимірювання для визначення оцінки симптомів у цей момент: інтерв'ю за шкалою симптомів ПТСР (PSSI) і за Шкалою-II дисоціативного досвіду (DESII) (PTSD Symptom Scale-Interview (PSSI) and Dissociative Experiences Scale-II (DESII)). Індивідуальні напівструктуровані

інтерв'ю також проводилися для виявлення особистих цілей і завдань, пов'язаних із сесіями. Ці інтерв'ю були записані на диктофони та пізніше транскрибовані у тексти для аналізу. Зрештою, було поставлене арттерапевтичне завдання. Кожного ветерана попросили описати зображення, які він створив під час виконання завдання, і ці описи були записані для подальшого аналізу. Після цієї базової сесії відбулося ще 12 сесій арттерапії протягом 5-9 місяців залежно від обставин. Кожен учасник мав оглядову сесію, під час якої повторювали PSSI та DESII, було записане напівструктуроване інтерв'ю з подальшою транскрипцією, повторене арттерапевтичне завдання та записаний опис.

Завданням арттерапії було творче реагування на тему «Маска». Маска — це міжнародно визнаний символ, іноді асоційований з ритуалом чи церемонією. Концепція представлення маски, яка приховує внутрішній досвід, неодноразово знаходить своє вираження під час арттерапевтичних сесій. Військова людина за певних обставин, наприклад під час проходження на параді або стоячи на варті, має на обличчі фіксований вираз, на якому немає ознак внутрішнього процесу мислення. В процесі тематичного аналізу відзнятої на відео сесії арттерапії у Combat Stress з'явилася тема «Маски» та були зроблені асоціації зі структурною дисоціацією особистості, за якої начебто нормальна особистість являє світові скриту емоційну особистість, що потрапила в пастку під час травми (Lobban, 2014; Nijenhuis, van der Hart & Steele, 2004). Аналіз виявив «дихотомію приховування емоційного «Я» за маскою подолання, докладених зусиль і крихкості людини, що знаходиться всередині» (Lobban, 2014, р. 8). У цьому дослідженні повторення завдання наприкінці циклу сесій дає можливість порівняти дві різні інтерпретації однієї і тієї ж теми тим же самим ветераном, і спостерігати за будь-якими змінами.

Порівняння зображень маски, зроблених на початку та наприкінці лікування

У цьому розділі міститься описовий аналіз зображень, створених у відповідь на тему «Маска». Задля захисту ідентичності учасників використані псевдоніми, а власні слова ветеранів наведені для посилення тексту.

Реакцією Джона на тему базової сесії було створення тривимірного колажу, щоб виразити його добре захищену позицію (Мал. 10.2). Це було важко побудувати, і хоча він постійно падав, але все ж вистояв, що дало відчуття нестабільності фронту та зусиль, необхідних для підтримки ліній оборони. Джон пояснив: «Ми завжди боялися, що все довкола нас просто розвалиться». Його самого уособлював маленький пластиковий солдатик, що лежить ниць на варті з гвинтівкою в руках і готовий відповісти на наближення ворога, він звів величезну барикаду, щоб захистити себе та мати захист з тилу. Джон описав свою позицію як «триматися подалі від усього, що до мене не стосується», і це, здавалося, підкреслювало силу уникання. Перш ніж дістатися до Джона, треба подолати низку перешкод. Чотири

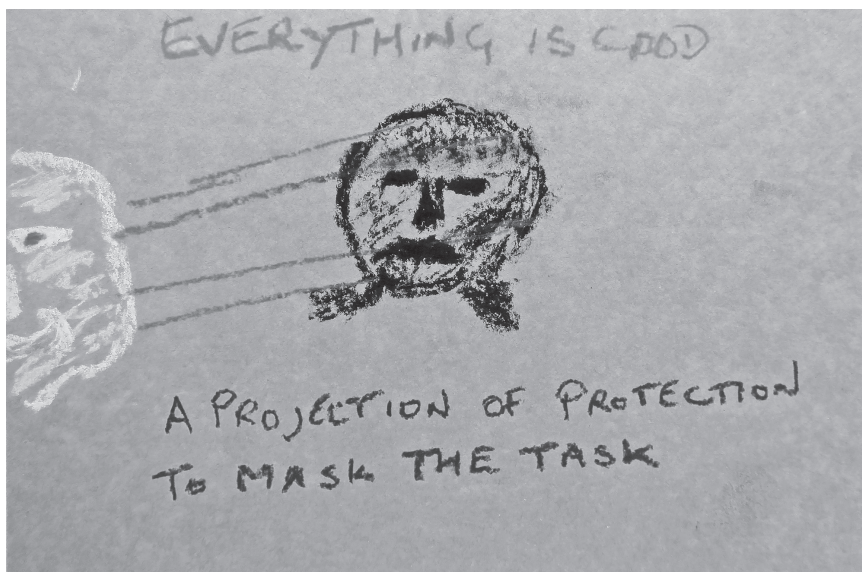


Малюнок 10.2 «Маска 1», Джон

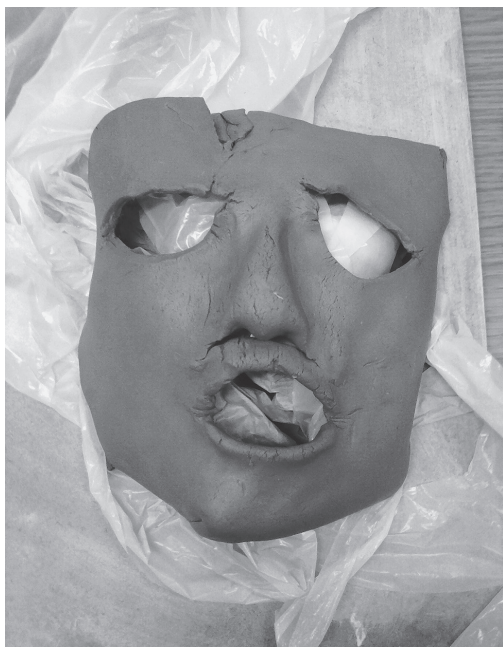
великі валуни на передньому плані представляють будівлі, позаду — дерева та стіна. Люди намагаються зайти збоку і обійти цю початкову лінію оборони. Про це свідчать сліди, залишені на піску. Джон може спостерігати за наближенням через крихтіну щілину в барикаді, але ніхто не бачить його. Захисна споруда побудована з природних матеріалів для маскування в бойових умовах, солдати готові грати в гру очікування, готові атакувати або захищати свою позицію.

Навпаки, на зображенні, створеному Джоном на завершальному етапі після 12-ти сесій арттерапії, маску було знято (Мал. 10.3). Спокійна та усміхнена верхня маска, яка каже «усе добре», була знята й відкрила обвуглене, чорне, стражденне внутрішнє «Я». Алітерація супровідної рими «проекція захисту для маскування завдання» виглядає як кумедний буфер, що одночасно визначає мету захисту і ухилення від болісного впливу. Цей перехід від захищеності до відкритості демонструє прогрес, досягнутий Джоном, і значну роботу, яку ще потрібно зробити, щоб допомогти у перших кроках до відновлення цьому пошкодженому внутрішньому «Я». Зняття маски викликало шоківий фактор, який підсилив потребу робити швидкі кроки до роботи з травмою.

Відповідь Стіва на неочікувану тему базової сесії також була тривимірною (Мал. 10.4). Він розкачав глину, а потім помістив її на своє обличчя, щоб



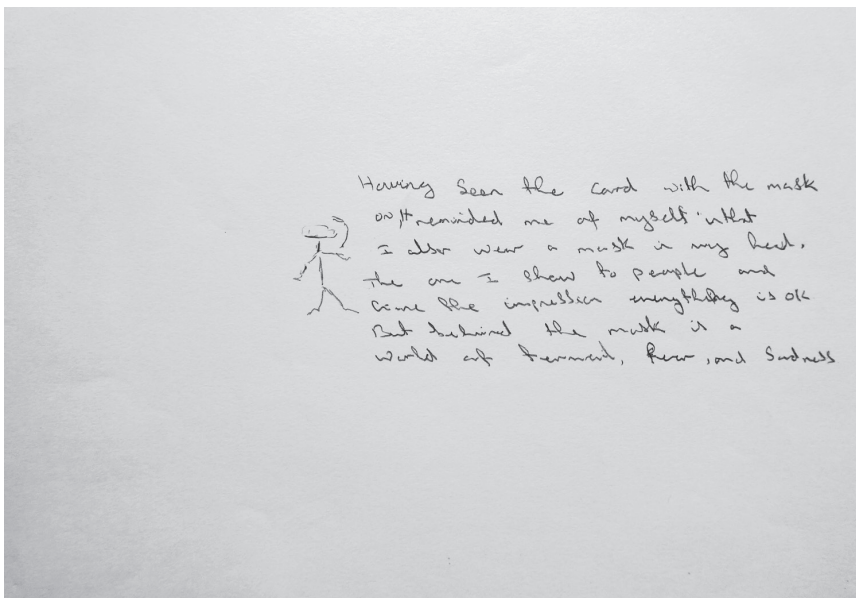
Малюнок 10.3 «Маска 2», Джон



Малюнок 10.4 «Маска 1», Стів

сформувати маску, яка б включала відтиск справжнього «себе» всередині, де його ніхто не бачить. Він пояснив, що ніхто не може знати, що відбувається всередині вас, коли бачить лише зовнішню сторону. Навіть дивлячись ззовні на себе, як на дзеркальне відображення, побачиш не «справжнє відображення», а лише «невпізнане спотворення». М'якість глини дозволила йому зберегти створену форму. Здається, що рот плаче, а нахилені області очей додають емоційного виразу, проте будь-які ознаки болю були відкинуті з гумором та коментаром про те, що автор ледве не задихнувся, поки робив свій витвір. Стів зазначив, що очі були відкриті, але «не обов'язково бачили» через викривлене сприйняття. Твір нагадує театральну маску давньогрецького воїна. Пізніше Стів розповів про театр військових дій і свою роль. Арттерапевтична маска мала експресію, але не була фіксована. Через м'якість та пластичність глини вона була крихкою і легко пошкоджувалася, проте її можна переліпити і змінити.

Після серії індивідуальних сесій арттерапії Стів обрав інший підхід при повторній роботі з темою на заключному етапі. Він використав пастель на папері для створення складного зображення з кольоровим кодуванням, яке ледве вмістилося на аркуші паперу (Табл. 10.1). У ній сформована шкала емоційних реакцій на життєві обставини. Він детально розповів про пережиті ситуації, емоційний вплив подій, помічав закономірності та цикли, пояснював коди і описував форму та вигляд переживань, як хороших, так і поганих. Це відкриття уможливило спільний перегляд і споглядання зі



Малюнок 10.5 «Маска 1», Брайан

спільних точок зору його «життя на аркуші паперу». Розмита лінія посередині зображення мала передати розмитість, яка відчувалася в той час, і лише тепер із відстані відповіді набули сенс.

Брайан хвилювався щодо відповіді на тему під час базової сесії. Він виглядав стурбованим і настороженим, але хотів знайти спосіб почати відкриватися. Його бажання виплеснути почуття відповідало його опору дати вихід цим почуттям через страх пригнічення і суїциду. Його маленький невпевнений малюнок олівцем показує його позаду маски у формі щита або візиру (Мал. 10.5). Біля маленької фігурки Брайан написав:

«Я побачив листівку з маскою, і вона нагадала мені, що я теж ношу маску в голові. Це та маска, яку я показую людям і ділюся враженням — все гаразд. Але за маскою ховається світ сум'яття, страху та смутку».

Листівка, на яку він посилався, була однією з набору різноманітних художніх поштових листівок, якими користувалися у попередніх арттерапевтичних сесіях. Це була золота похоронна маска Агамемнона. Після створення зображення Брайану залишилося трохи додати усно до слів, написаних на папері.

У рамках завершальної сесії Брайан створив іншу інтерпретацію маски (Мал. 10.6). Цього разу автопортрет заповнює папір, на який дивиться глядач. На малюнку зображена скринька Пандори, де зберігаються загорнуті



Малюнок 10.6 «Маска 2», Брайан

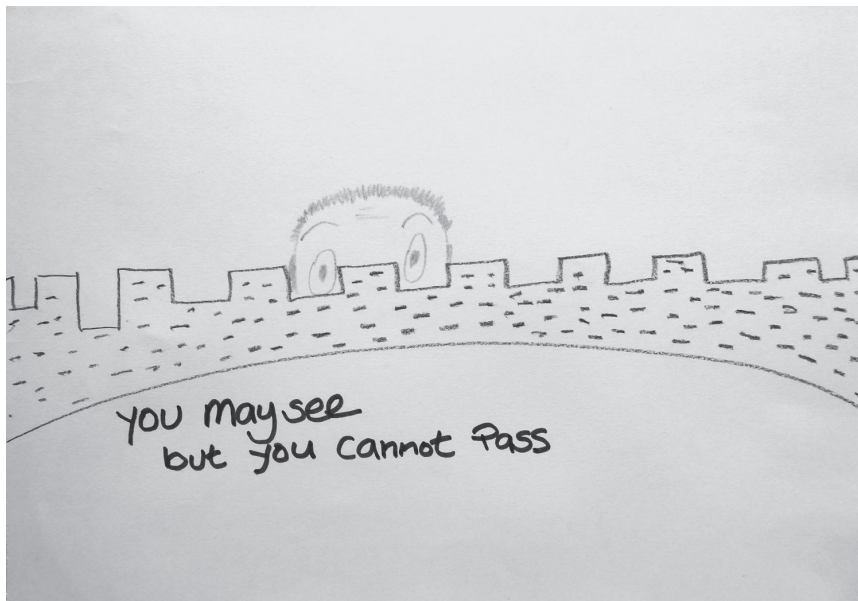
у чорну пелену спогади про травму, які вторгаються у сьогоднішнє. Права сторона обличчя в дзеркальному відображенні розчиняється у тінях, що уособлює чутливість до якості повторного переживання травми. Брайан зміг передати абстрактний, чуттєвий матеріал через свою роботу, даючи глядачеві відчуття подвійності свого досвіду. Скринька Пандори закрита й прив'язана, як йому подобається — під його контролем. У бою — маленькі фігурки. Деякі представляють «погані речі», тоді як інші, що представляють «хороші речі» в житті, зривають пелену. У цій роботі він виглядає більш впевненим і ідентифікував свої почуття на зображенні як «спокійні».

Зображення арттерапії передають видиме свідчення змін у підході до концепції маски та прогресу в подоланні уникання. До кінця циклу сесій арттерапії Джон зняв маску і оголив темряву, яку він відчував усередині; маска Стіва зникла, і він розглядав людину за маскою; і Брайан розкрив наступний виклик через доступ до джерела його «неспокою, страху та смутку», а також надав символічні ресурси для допомоги. Двоє інших ветеранів, які брали участь у повному циклі сесій, Йен і Роб, також змінили свої підходи до маскувannya труднощів і посилалися на конкретний досвід у своїй роботі. Арттерапія змогла посприяти поступовому оголенню глибинних страхів і збільшенню впевненості в собі, в тому, що будь-які почуття та травматичні матеріали, до яких вони торкаються, будуть під їх власним контролем і в їхньому власному темпі.

Внутрішній критик, або саморуйнівник — бачення опору через зображення в арттерапії

У Розділі 8 досвід ветеранів, які відчувають, що мають «два розуми», досліджувався через використання таких концепцій, як дисоціація, нав'язливі травматичні спогади та відмінності в обробці інформації півкулями мозку, щоб зрозуміти цей концепт. Ще один активний аспект, здається, більшою мірою асоціюється з негативними змінами в когнітивному кластері симптомів ПТСР. Коли довіра встановлена, ветерани часто починають усвідомлювати і посилалися на «внутрішнього критика», який підриває їхній прогрес. Досягнення та надія можуть бути миттєво знищені нападами почуття провини та самоненависті. Не є рідкістю, коли ветерани зізнаються, що приховували існування цього внутрішнього критика, розуміючи, що його викриття призведе до нестерпних наслідків, обумовлених цим відокремленим аспектом їхньої особистості. *Моральна травма* (Litz et al., 2009) може відігравати роль у такій формі опору до одужання. Ветерани можуть вважати, що засвідчені або вчинені ними дії (або бездіяльність) руйнують їхні особисті цінності та переконання, розбивають їхні глибоко вкорінені припущення і можуть завдавати їм, здавалося б, невинуватної шкоди, унеможливаючи співчутливе ставлення до себе або навіть думку про самовибачення. Більш детально ця тема розглядається у Розділі 5.

Під час амбулаторних сесій арттерапії бували випадки, коли опір виявлявся через створення зображення, що проявлялося раптово або навмисно. Табличка 10.2 була створена спільно Йеном і арттерапевтом. До сесії він відчував дистрес та відчуття виходу з тіла, але не знав, як почати з цим працювати. Зазвичай після обговорення наявних обставин Йен використовував матеріали, щоб висловити свої асоціації та отримати інсайти. Однак він почувався заблокованим і невпевненим. Вперше за час їхньої спільної роботи арттерапевт запропонував спільне малювання, яке може допомогти знайти шлях уперед. Йен був відкритий до цієї пропозиції, оскільки відчував, що потрібно зробити щось інакше. У таких обставинах арттерапевт слідує за ініціативою ветерана, відображаючи елементи його роботи, — наприклад, повторюючи колір чи створюючи балансуєчу позначку. Почалося мовчазне малювання по черзі, і на полотні поступово з'явився розділений пейзаж, форму якого вів Йен. На картині проявилися фігури Дон Кіхота та дракона. Арттерапевт намалював флагшток, наче відлуння списа Дон Кіхота, і поєднав його червоно-жовтою стрічкою, щоб він виглядав як справжній прапор. На подив Йена, він відреагував, намалювавши ще одну фігуру, — цього разу вона була ногою по флагштоку. Йен сприйняв мазки терапевта як полум'я лампи, що кидає світло на похмурий, темний пейзаж. Він побачив цю фігуру як свою підсвідомість, яка гнівно відштовхує світло і рішуче каже: «Іди геть! Я хочу залишитися тут». Йен був здивований своєю гнівною реакцією, і усвідомлення власного опору



Малюнок 10.7 «Внутрішній диверсант», Джон

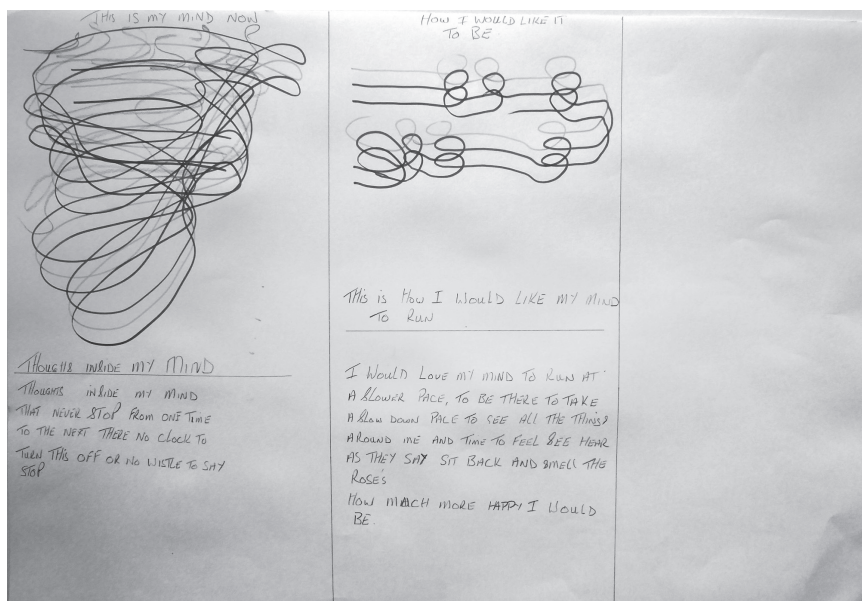
стало для нього шоком, що відкрило нові теми для роздумів і дослідження. Пізніше він зауважив, що ознаки цього опору проявлялися і в його попередніх роботах, але тоді він не міг або не хотів їх помічати.

Під час сесій з Джоном стало очевидно, що можливості повернути своє життя були підірвані думками та поведінкою, спрямованими на саморуйнування. Він розповів, що йому доводиться приховувати від себе свій прогрес і не визнавати здобутків, тому що почуття провини може бути нестерпним. Застосовуючи підхід співчуття, Джона заохочували розробити образ співчутливої третьої сторони, яка могла б дати йому можливість поглянути на свою ситуацію з альтернативної, безосудливої точки зору. У міру прогресу з цією пропозицією Джону запропонували створити образ його саморуйнівного аспекту, щоб спробувати краще це зрозуміти. У відповідь він створив Малюнок 10.7. «Внутрішній диверсант» — Малюнок 10.7, зроблений Джоном, резонує із Малюнком 10.2, що є початковою відповіддю Джона на тему масок, і показує бар'єр, що відділяє диверсанта від глядача. Проте цього разу бар'єр набагато менший за фігуру, яка зазирає всередину зі здивованим і тривожним поглядом. Завдяки зубцям стіна схожа на замок, але її вигин створює враження, що глядач знаходиться всередині, а фігура — зовні. Він написав на зображенні «ви можете бачити, але не можете пройти», і тим наголосив, що для запровадження змін треба багато попрацювати. Фігура саморуйнівника не є лютим демоном, але нагадує перелякану дитину. Це відкривало нові перспективи для роботи.

Погляд на зображення з іншої точки зору

У 12-ій сесії у кожному з кейсів ветеран і арттерапевт оглядали всі роботи, створені під час попередніх сесій і розкладені на столі як виставка. Більшість ветеранів забули деякі свої художні твори і могли дивитися на них ніби вперше і ніби з позиції третьої особи. Роб спочатку не впізнав свою роботу, а потім був шокований хаотичністю зображення. На багатьох сесіях він обирав написання віршів. Проте коли все ж вибирав художні матеріали, використовував олівці, ручки та лінійку, щоб структурувати своє зображення (Мал. 10.8). Втім, озираючись назад, Роб бачив лише хаос і розриви, які змусили його зрозуміти, що для змін потрібно щось зробити. Здається, він надто близько підійшов, щоб це побачити, коли вперше почав малювати, і тому потрібно було зробити крок назад, щоб мати огляд з ширшої перспективи. У творі зафіксовані незаперечні докази того, що він більше не може ховати від самого себе те, що може усвідомити лише з часом. Тож він був змушений розвинути достатнє співчуття до себе, щоб захотіти щось зробити.

Озираючись назад, Стів помітив повторювані шаблони у своїй роботі, зокрема, кола, які начебто потрапили у пастку повторення одного циклу. Проте його останнє зображення зламало цей шаблон і запропонувало відкриту точку зору, хоча й не виключалися подальші злети та падіння (Табл. 10.1). Брайан вирішив повторно відтворити на сесії образ однієї з його



Малюнок 10.8 «Мій розум», Роб

травм, але кожного разу його толерантність до спогадів зростала. Спочатку було небажання розкривати свої переживання, але поступово він міг сказати більше про травму. Брайан додав адаптивну інформацію та деталі до сценарію і розглядав ситуацію з різних ракурсів. Його інтрузії зменшилися, і він повідомив, що спогади тепер здавалися керованими. Він також був вражений від усвідомлення свого небажання відпустити ту травму, оскільки вона тримала інші травматичні спогади на відстані, а надалі йому належало зіткнутися з ними віч-на-віч.

Опитування ветеранів

Транскрибовані опитування досліджували за допомогою індуктивного аналізу контенту та якісного дослідження. Деякі спільні теми представлені тут разом із виявленими змінами, які можна побачити за допомогою психометричних вимірювань, у супроводі цитат учасників для ілюстрації.

Загалом показники PSSI демонстрували зниження частоти та вираженості субшкал уникання, пов'язаних із запобіганням залучення до життєвих цілей і здатністю відчувати цілий спектр почуттів. У деяких випадках було помічено незначне збільшення гіперзбудження та фізичних симптомів, мабуть, пов'язаних зі складністю матеріалу та зниженням рівня уникання. Виміри DESII виявили зниження показників дисоціації, що припускає наявність підвищення емоційної толерантності.

За маскою

Базові інтерв'ю показали, що «носіння маски» сприймалося як спосіб захисту не лише інших, але і себе. Це могло бути зумовлено: страхом втрати контролю та можливістю «заразити» інших жажливими знаннями або завдати шкоди собі чи іншим, страхом осуду та викриттям себе як «негідного», способом обманувати як самого себе, так і оточення. Образ замаскованого «Я» описували як дефектне, слабке, нездатне, вразливе і «неприйнятне», але в деяких випадках також як «зле» і «небезпечне».

Висловлювалися побоювання щодо здатності зустрічати загрозу з холодною, безжальною відстороненістю. В окремих випадках персонажа за маскою описували як «демона». Маска створювала «видимість впевненості», але водночас нічого не видавала, залишаючи обличчя незмінно застиглим. Один із учасників сказав: «Я можу кричати за нею — і ніхто не почує», визнаючи, що він здатний любити, але маска цьому заважає. Маска передавала зовнішній сигнал: «зі мною все гаразд», хоча ветеран усередині знав, що це неправда. Вона створювала відчуття приховування та внутрішнього вихору, що поглинає зсередини. Маска також сприймалася як обмеження, адже «ти не бачиш, куди рухатися далі». Крім того, вона була важкою і втомлювала, вимагаючи постійного утримання.

Погляд за маску через сеанси арттерапії відкрив нові перспективи. Один ветеран висловив своє полегшення від спостереження появи цього символу і від того, що дізнався, який він має вигляд. Були ознаки співчуття до себе та зростаюче бажання зрозуміти замасковане «Я» і врятувати ту частину, яка потрапила в пастку страждань.

Досвід арттерапії

Учасники повідомили, що сесії арттерапії стали справжнім одкровенням, і всі вони відкрили для себе нові інсайти. Було і здивування: «моя відповідь мене вразила», «я був здивований, яких глибин можна досягти через малюнок», «справді розкриває», «надзвичайно мене здивувало», «арт-ерапія ніби потрапляє прямо в підсвідомість без фільтрації, і ви отримуєте повний емоційний ефект», «тоді я раптом зрозумів, що я намалював». Отриманий матеріал був непередбаченим: «я не уявляв, що прийду і поговорю про це», «я не думав про те, що я малою, а потім раптом зрозумів», «перетинання кордонів у невідомий світ», «я мав на думці щось одне, але раптом вийшло щось інше».

Ветерани змогли відновити відчуття контролю: «я розібрався», «мені вдалося повернути їх усіх назад у коробку», «потроху відпускати», «не прикидатися при цьому», «не потрібно заглиблюватися [у слова]». Вважалася корисною здатність використовувати кодування та приховувати матеріал: «обдурити свій розум, щоб все владнати», «закласти повідомлення, але приховати його», «закодувати і просунути його настільки далеко, наскільки хочеш під час сесії». Це давало учасникам можливість самостійно дозувати свій контакт із важкими думками та почуттями.

Було відчуття самопізнання: «це почало мати сенс», «я багато про себе дізнався», «дізнався про те, про існування чого навіть не здогадувався», «іноді про щось не знаєш, допоки майже не завершиш», «те, про що раніше ніколи не думав, має велике значення для того, що я роблю і про що думаю», «звільнив ту частину [мого розуму], яка була під цензурою». Це супроводжувалося визнанням внутрішнього конфлікту: «я не усвідомлював цього раніше», «позитивний і негативний б'ються між собою», «бачити самокритику», «в дуже реальному сенсі [та частина мене] була клятим хуліганом», «[усвідомлення] відокремленої частини моєї особистості, що застрягла в минулому», «злий і не хоче просуватися [в теперішнє]».

Важливо, що зростала толерантність до важкого матеріалу: «[мої проблеми] більше не владні наді мною», «я відчуваю, що відпускаю [події]», «не так погано, як я очікував», «я думав, що буду повністю приголомшений, але я не був». Сесії були схожі на «проколювання наживу», завдяки чому могло початися загоєння. За маскою відчуття були «розмитими», але арттерапія допомогла ветеранам знайти «ясність» і «побачити ширшу картину». Ветерани могли почати переоцінювати свої позиції з інших точок зору.

Висновок

Як свідчать відповіді на тему маски, всі учасники, що пройшли повний цикл, змогли впоратися зі складним психологічним матеріалом та підвищити толерантність до дистресу. Вони також продемонстрували терапевтичну взаємодію, як було визначено раніше в цьому розділі. Ця робота відкрила шлях до подальшого лікування кожної людини відповідно до її стану.

У цьому дослідженні розглядалася така проблема: у який спосіб арттерапія може допомогти ветеранам у подоланні уникання і сприяти терапевтичній взаємодії? Результати показують, що арттерапія може бути ефективним способом оминати психологічний захист, який можна символічно розглядати як вартового, що не збирається відступати. Постійно насторожі та націлений лише на виявлення загрози, захисні механізми спричиняли значні страждання та обмеження у житті. Арттерапія, яку учасники сприймали як менш конфронтаційну, ніж вербальні методи терапії, дозволяла поступове розкриття прихованої тривожності у темпі, який самі учасники вважали прийнятним.

Використовуючи власну символічну мову, учасники могли «обманути» власні захисні механізми, щоб вивести на поверхню основний конфлікт, а також використати отримані інсайти для переосмислення своїх поглядів і почати бачити власний досвід з інших перспектив. Перешкоди на шляху до прогресу, які раніше були або замаскованими, або недоступними для свідомого розуміння, почали проявлятися через створення образів, і як тільки вони ставали усвідомленими, їх можна було поставити під сумнів. Оскільки під час дослідження учасники не отримували жодної іншої психологічної допомоги, ймовірно, що ці зміни були пов'язані саме з сесіями арттерапії. Отже, дослідження показує, що арттерапія є багатообіцяючим підходом до лікування психологічного уникання при ПТСР. Це також підкреслює необхідність

подальшого лікування після того, як уникання подолане. Можливо, необхідно більше сесій арттерапії або направлення на когнітивно-поведінкову терапію, орієнтовану на травму.

Ба більше, коли і Брайан, і Йен подолали уникання, вони змогли досягти значного прогресу в переробці травматичних спогадів. Імовірно, існує загальний консенсус серед арттерапевтів, які працюють у сфері травми, що арттерапія може допомогти з когнітивною реструктуризацією та інтеграцією спогадів про травму (Gantt & Tinnin, 2009; Hass-Cohen, Findlay, Carr & Vanderlan, 2014; Lusebrink & Hinz, 2016; Naff, 2014). По суті, арттерапія може допомогти з «інтеграцією невербальних імпліцитних спогадів, що зберігаються в правій півкулі, з вербальними функціями лівої півкулі для формування явних, реконструйованих і зв'язних вербальних спогадів» (Lusebrink & Hinz, 2016, p. 43). Однак необхідні емпіричні докази для встановлення ефективності арттерапії як лікування травми. В продовження цієї дискусії наступний розділ присвячено предмету арттерапевтичних досліджень та оцінки стосовно ПТСР і, зокрема, роботи з ветеранами.

References

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th edn). Washington, DC: APA.
- Gantt, L. & Tinnin, L. W. (2009). Support for a neurobiological view of trauma with implications for art therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 36(3), 148–153.
- Hass-Cohen, N., Findlay, J. C., Carr, R. & Vanderlan, J. (2014). 'Check, change what you need to change and/or keep what you want': An art therapy neurobiological-based trauma protocol. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 31(2), 69–78.
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P. & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1301–1320.
- Litz, B. T., Stein, N., Delaney E., Lebowitz, L., Nash, W. P., Silva. C. & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review*, 29, 695–706.
- Lobban, J. (2014). The invisible wound: Veterans' art therapy. *International Journal of Art Therapy*, 19(1), 3–18.
- Lobban, J. (2016). Factors that influence engagement in an inpatient art therapy group for veterans with Post-Traumatic Stress Disorder. *International Journal of Art Therapy*, 21(1), 15–22.
- Lusebrink, V. B. & Hinz, L. D. (2016). The Expressive Therapies Continuum as a framework in the treatment of trauma. In J. King (ed.), *Art therapy, trauma and neuroscience: Theoretical and practical perspectives* (pp. 42–66). New York, NY: Routledge.
- Naff, K. (2014). A framework for treating cumulative trauma with art therapy. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 31(2), 79–86.
- Nijenhuis, E. R. S., van der Hart, O. & Steele, K. (2004). Trauma-related structural dissociation of the personality. Trauma Information Pages website, January 2004. Retrieved from www.trauma-pages.com/a/nijenhuis-2004.php.
- Tetley, A., Jinks, M., Huband, N. & Howells, K. (2011). A systematic review of measures of therapeutic engagement in psychosocial and psychological treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 67(9), 927–941.

Дослідження та оцінка

Елісон Сміт і Дженіс Лоббан

Дослідження є не лише важливою складовою для підвищення розуміння процесів арттерапії, але й необхідним способом створення доказової бази, яка сприятиме замовленню послуг. Капітан (Kapitan, 2010) припускає, що дослідження саме по собі є рефлексивним і творчим процесом, що дозволяє розробляти нові дослідницькі парадигми для вивчення результатів.

Політичний інтерес до мистецтва, здоров'я та благополуччя зростає в усіх медичних і громадських дисциплінах. Дослідження мистецтва, гуманітарних наук та благополуччя у здоров'ї завершилося довгоочікуваною публікацією в Англії та Уельсі дослідження Загальнопартійної Парламентської групи з питань мистецтва, здоров'я та добробуту (All Party Parliamentary Group Inquiry into Arts, Health and Well-Being (APPG) у 2017 році (APPG, 2016). Висновки звіту APPG можуть позначити початок зміни політики та парадигми творчих методів і забезпечення здоров'я та добробуту. Відтак, завдяки науково-обґрунтованим дослідженням, офіційно визнані творчі методи психотерапії, включаючи арттерапію, могли б зробити свій важливий внесок. Це, своєю чергою, сприятиме практичній діяльності та доступності для тих осіб і груп, які бажають взяти в них участь.

Дисципліни, які раніше, здавалося, знаходилися на суттєво відмінних професійних позиціях щодо їхнього внеску в здоров'я та благополуччя, тепер співпрацюють і розвивають спільне розуміння того, що може бути корисним. Яскравим прикладом цього є спільна практична та дослідницька робота у Королівському коледжі в Лондоні (King's College London), де митці активно залучені до співпраці з медиками-стажерами, використовуючи мистецтво (King's College, 2016). Такі колаборації відкривають для арттерапевтів унікальні можливості участі у захоплюючих та інноваційних дослідженнях у різних дисциплінах, а також створення та розвитку доказової бази для підтримки такої практики.

Ми починаємо цю главу з огляду нещодавно опублікованої літератури про арттерапію та травму, включаючи дослідження з ветеранами. Широка прикладів служить для ілюстрації ключових сфер постійного інтересу та дослідження. Наступний текст висвітлює нові дослідження, проведені в США та Великобританії, перш ніж перейти до рекомендацій щодо майбутніх кроків.

Огляд літератури

Порівняно із населенням працездатного віку загалом, ветерани, які брали участь у військових діях і повернулися до Великобританії, частіше мають проблеми з психічним здоров'ям, що потребують втручання (Murrison, 2010). Такі проблеми зазвичай пов'язані із симптомами тривоги та депресії або вживанням алкоголю і психоактивних речовин. Крім того, ветерани часто стикаються з психосоціальними труднощами, асоційованими з поверненням до цивільного життя, що часто обумовлено змінами у функціонуванні сім'ї, розпадом сім'ї, збільшенням вживання алкоголю, проблемами з працевлаштуванням та втратою контакту з військовим середовищем (MacManus *et al.*, 2013). Спостерігалось також збільшення кількості діагнозів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед ветеранів Великої Британії, що вказує на широке визнання цього розладу та частіші звернення ветеранів по допомогу (Combat Stress, 2016).

Поточні протоколи щодо лікування ПТСР у Великій Британії рекомендують використовувати когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), орієнтовану на травму, або десенсибілізацію та повторну обробку руху очей (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) (NICE, 2005) EMDR) (NICE, 2005). Крім того, ветеранам можуть призначати медикаментозне лікування як складову лікувальної стратегії.

Проте рекомендовані методи лікування травми не завжди ефективні для ветеранів з ПТСР. Припускається, що для цієї конкретної групи показники успіху СВТ як окремого втручання є низькими і не перевищують 50% в кластері з 55 досліджень (Schottenbauer, Glass, Arnkoff, Tendick & Gray, 2008). Можливо, це якимось пов'язано з відмовою ветеранів від терапії. Кар (Kar, 2011) зазначає, що існує кілька причин відсіву в групах ветеранів з ПТСР, які використовують СВТ, включаючи час початку лікування та психологічний стан цього ветерана. По суті, схоже, що на завершення СВТ негативно впливають такі ПТСР симптоми, як гіперзбудження, уникання та депресія. Ці результати свідчать про те, що інші терапевтичні перспективи потребують глибшого вивчення.

Існує багато даних про ветеранів, які отримали полегшення від дистресу ПТСР через можливості, які надає творчість. Зокрема, через використання арттерапії ветерани не лише досліджують свої безпосередні симптоми, пов'язані з травмою, але й намагаються перебудувати розповідь про травматичні переживання заради розуміння того, що сталося. Надання допомоги ветеранам різниться залежно від закладу. Лоббан (Lobban, 2016a) надає огляд закладів, де практикують арттерапію: це чотири заклади в системі охорони здоров'я Департаменту у справах ветеранів США та два військових Медичних центри (US Department of Veterans Affairs Healthcare Systems and two Military Medical Centers), де арттерапія визнана цінною частиною лікування. Ветерани у Великій Британії також вважають арттерапію корисною для їхнього відновлення, що вказує на необхідність подальшого вивчення ролі творчості та арттерапії, особливо для ветеранів з ПТСР (Lobban, 2014).

На сьогодні нестача літератури на цю тему становить проблему для розуміння терапевтичних процесів і механізмів арттерапії у лікуванні травми, особливо для ветеранів з ПТСР. Тому при підготовці цього розділу було проведено систематичне вивчення відповідної літератури та баз даних. Це призвело до ідентифікації 11 ключових документів, які ми вирішили розглянути. Більшість статей побудовані на якісному аналізі (Avrahami, 2005; Collie, Backos, Malchiodi & Spiegel, 2006; Lobban, 2014; Pifalo, 2002). Решта включають змішані методології (Kopytin & Lebedev, 2013; Rademaker, Vermetten & Kleber, 2009); два огляди літератури (Gantt & Tinnin, 2009; Nanda, Gaydos, Nathorn & Watkins, 2010); і три кількісні дослідження (Chapman, Morabito, Ladakakos, Schreier & Knudson, 2001; Johnson, Lubin, Miller & Hale, 1997; Lyshak-Stelzer, Singer, St. John & Chemtob, 2007).

За допомогою тематичного аналізу (Braun & Clarke, 2006) у цих документах визначено шість ключових тем: група; екстерналізація образу та символічної експресії; перехід від невербального до вербального; інтеграція та обробка пам'яті; стримування; мистецьке задоволення і майстерність. Зараз поговоримо про це по порядку.

Група

Вісім із відібраних робіт стосувалися природи групових процесів і обміну травмами та досвідом у групових умовах. Копітін і Лебедев (Kopytin and Lebedev, 2013) зазначили, що традиційні погляди та конструкти, асоційовані з маскулінністю та силою, розчинилися в групах ветеранів. Гумор в групі дозволяв скасувати військову ієрархію та полегшував обмін досвідом пережитих травм. З іншого боку, Лоббан (Lobban, 2014) зауважила, що попередній досвід військової згуртованості допоміг групі зберігати свої структури та ідентичність. У дослідженні Лоббан спільна армійська культура допомогла ветеранам створити «Гурт Братів» (Band of Brothers) і описувати свої почуття та досвід як його члени.

Рейдмейкер та ін. (Rademaker *et al.*, 2009) і Піфало (Pifalo, 2002) відзначили, що симптоми травми значно зменшувалися після групових втручань. Слід зазначити, у дослідженнях брали участь різні групи учасників, але обидві команди авторів вказували на однакове зменшення симптомів депресії та дисоціації. Виявилось, що групи функціонують як емоційні «контейнери» (Bion, 1962, 1970), і створюють площадку для безпечного обміну досвідом. Молоді люди, які пережили травму, говорили про групу як про «Коло вірних», де панувало спільне розуміння досвіду, і тому вони відчували, що можуть безпечно ділитися переживаннями (Pifalo, 2002).

Команди дослідників Лишак-Штельцер (Lyshak-Stelzer *et al.* 2007) і Чепмен (Chapman *et al.* 2001) виявили, що всі учасники груп згадували про почуття безпеки. Крім того, групи відзначили, що робочий процес і чітка функція групи сприяли відчуттю перебування в безпечному місці, де можна

поділитися пережитим. Чепмен та ін. (Chapman *et al.*, 2001) вважають, що це пов'язано зі створенням мистецьких творів та терапією, водночас для Лишак-Штельцер (Lyshak-Stelzer *et al.* 2007) акцент робиться на самому груповому процесі. Резонуючи з ідеями Lobban (2014) and Kopytin and Lebedev (2013), Collie *et al.* (2006), Коллі зазначив, що груповий процес дозволив підвищити самооцінку. Обмін досвідом і важкими спогадами сприймалися без осуду тими, хто також зазнав травми; члени групи відчули це як підтвердження власних спогадів і у такий спосіб підвищували свою самооцінку.

Екстерналізація образу та символічне вираження

Усі 11 досліджень стосуються цієї теми, підкреслюючи важливість створення та подальшої екстерналізації травматичного наративу (White & Epston, 1990). Аврахамі (Avrahami, 2005) зазначає, що у двох досліджених випадках учасники використовували символіку травматичного досвіду, представлену у зовнішньому образі, щоб здобути контроль над його впливом; а це, своєю чергою, сприяло формуванню нового погляду на ситуацію та відкрило можливості для відновлення. З іншого боку, Коллі (2006) та Піфало (2002) припускають, що екстерналізація образу допомагає учасникам емоційно віддалитися, знижує уникання травматичних переживань і дає змогу поступово звертатися до образу, коли учасник сам цього бажає.

Лоббан (2014) змальовує створення матеріального (відчутного) образу як потужний інструмент і описує як група та окремі особи вільні відійти на крок від образу й оглядати його на відстані. Така позиція споглядання дає спостерігачеві можливість відійти від образу, якщо він цього потребує, і, можливо, вперше в житті отримати владу над ним. Копитін і Лебедев (2013) вважають створення образу та його подальшу екстерналізацію ключовими у процесі роботи з травматичним наративом у групі. Учасники групи мали свободу вибору — взаємодіяти з образом чи ні, а також дивитися на нього з іншої перспективи. Це допомагало їм відчути вибір і насагу у власних стосунках з травмою та її символічним вираженням.

Коллі та ін. (2006) пропонують модель групової арттерапії для ветеранів з ПТСР. Вони підкреслюють, що створення і екстерналізація образу є ключовими для успіху терапії та роботи групи. Як і в попередніх дослідженнях, автори наголошують, що процес створення образу дозволяє учасникам емоційно дистанціюватися, переосмислити образ і його вплив на людину.

Нанда та ін. (2010) досліджували вплив візуального мистецтва на ветеранів, не зосереджуючись безпосередньо на арттерапії. Проте вони зазначають, що мистецтво позитивно впливало на ветеранів, дозволяючи їм проєктувати та зовнішньо виражати свої внутрішні переживання через мистецькі образи навколо них. Автори наголошують на необхідності приділяти увагу мистецтву в середовищі відновлення, оскільки воно може стати додатковим ресурсом підтримки для ветеранів.

Описані групи, що брали участь, були дуже різними. Втім, попри таку різноманітність, було очевидно, що в усіх випадках екстерналізація образу та розуміння його символічного змісту відігравали значну роль для учасників.

Від невербальних до вербальних процесів

Гантт і Тіннін (Gantt і Tinnin, 2009) проаналізували низку досліджень, в яких травму розглядали як нейробіологічне питання, і зазначили, що травма описується як невербальна проблема. Вважається, що процес арттерапії дозволяє учаснику повторно асоціювати між собою почуття і слова через створення образу. Чепмен та ін. (Chapman *et al.* 2001) з цим погоджуються і описують, як створення образу в арттерапевтичній групі сприяло обговоренню, а через вербалізацію зберігання спогадів було успішно відкориговане (van der Kolk & Fisler, 1996).

Лишак-Штельцер та ін. (Lyshak-Stelzer *et al.*, 2007) виявили, що створення мистецьких виробів дозволило групі молодих людей, які пережили травму, використати зображення як основу для початку вербалізації своєї травми. Коллі та ін. (Collie *et al.*, 2006) відзначили подібні результати і повідомили, що невербальне вираження допомагає вербальним процесам. Арттерапевти, які брали участь у дослідженні, також відзначили, що учасники відчували здобуття контролю над сприйнятою силою образу, який уособлював травму, що додавало ще один вимір до впливу цього процесу.

Як і в обговорення інших тем, важливо відзначити, що не всі згадані дослідження стосуються ветеранів з ПТСР.

Проте ці дослідження підтверджують сучасні нейробіологічні ідеї про інтеграцію й обробку травми, а також про те, яким успішним може бути застосування арттерапії (Hass-Cohen & Carr, 2008; Panksepp, 2012).

Інтеграція та обробка пам'яті

В цих статтях значна увага приділялася темам обробки пам'яті та інтеграції, а також сучасним підходам, пов'язаним з обробкою травматичних спогадів (van der Kolk & Fisler, 1996). Лоббан (Lobban, 2014) розширює ключові нейронаукові дослідження, як і Макнамі (McNamee 2004), щоб покращити розуміння необробленої пам'яті, що причетна до ПТСР, і як це впливає на прояв фізичних симптомів.

Лоббан описує теорії, пов'язані з півкульовою активністю мозку при травмі, з відмінністю у активності правої та лівої півкуль і потребою в інтеграції пам'яті (Hass-Cohen and Carr, 2008; McNamee, 2004; Panksepp, 2012). Вона стверджує, що арттерапія пропонує потенціал для покращення комунікації між півкулями через поєднання невербального вираження з наративним досвідом. Коллі та ін. (Collie *et al.*, 2006) також виявили потенціал для розвитку зв'язної розповіді в процесі арттерапії, знову ж таки, дозволяючи реінтегрувати пам'ять у вербальні зони обробки мозку. Гант і Тіннін (Gantt

and Tinnin, 2009) з цим погоджуються та визнають, що фрагменти пам'яті обробляються в процесі арттерапії.

Аврахамі (Avrahami, 2005) описує два приклади, коли процес втручання в пам'ять набув особливої уваги і це доводило, що візуальне представлення через процес арттерапії полегшує обробку в обох півкулях мозку.

Вміщення

Концепцію вміщення запропонував Байон (Bion, 1962), описуючи процес, за допомогою якого немовля проектує некеровані почуття у свідомість матері, яка здатна вмістити та трансформувати їх і повернути назад у формі більш прийнятній для немовляти. На думку Фонаджи і Таргета (Fonagy і Target), в центрі цієї концепції постає ідея, що «мати не тільки відображає емоційний стан дитини, але також здатна досить просто сама впоратися з цим» (2003, р. 122). Байон (1970) згодом розширив поняття вмістилища та вмісту на інші контексти.

Аврахамі (2005) розглядає вміщення як психологічну концепцію, описуючи два дослідження з ветеранами, які страждають на ПТСР. І сам процес, і переживання вміщення вважаються фундаментальним терапевтичним аспектом арттерапії.

Стверджується, що вмістилище та емоційна підтримка, властиві терапевтичному процесу, є лікувальним механізмом самі по собі. Терапевт у цій взаємодії виступає вмістилищем, яке приймає та вміщує потужні емоції, що виникають під час відтворення травматичних спогадів.

І навпаки, Коллі й співавтори (Collie *et al.* 2006) припускають, що саме зображення, а не терапевт, є вмістилищем. Як і у випадку з попередньою темою екстерналізації, припускають, що вміщення травми, запропоноване образом, сприяє відчуттю розширення можливостей і контролю над спогадами про травму та образ.

Лоббан (Lobban, 2014), Лішак-Штельцер зі співавторами (Lyshak-Stelzer *et al.*, 2007) і Піфало (Pifalo, 2002) розглядають *процес групової арттерапії*, який діє як вмістилище досвіду травми та пам'яті. Ця фундаментальна відмінність дуже цікава і може бути результатом різних філософських перспектив та розуміння концепції вміщення за будь-яких обставин. В усіх статтях, які посилаються на цю концепцію, немає очевидного узгодженого визначення вміщення, що створює труднощі при спробі зробити чітке тлумачення цієї теми, незважаючи на її очевидне значення для кожного автора. Однак це підкреслює багатовимірне застосування цієї концепції завдяки процесу арттерапії.

Мистецьке задоволення та майстерність

Задоволення від досвіду створення мистецтва очевидне в усіх описаних вище статтях. У трьох дослідженнях було виявлено, що спільний досвід групової арттерапії посилює відчуття задоволення: Корутін і Лебедев (2013); Лоббан (2014); Піфало (2002). У другому з них група ветеранів визначила своє відчуття досягнення, коли було створено образ, який дуже сподобався іншим і їм самим (Лоббан, 2014). Копитін і Лебедев (2013) назвали розвагу, отриману в творчому процесі, а з ним і додаткове випробування, приємними самими по собі. До того ж гумор був ключовим компонентом у цьому дослідженні, і його присутність, схоже, додала задоволення від досвіду групової терапії.

Коллі та ін. (Collie *et al.* 2006) відзначають, що арттерапія та образотворче мистецтво опановували симптомами, пов'язаними з травмою. Здається, релаксування завдяки творенню мистецьких образів також полегшує такий симптом, як гіперзбудження.

Подальше актуальне дослідження арттерапії в США

Наразі Медична школа Східної Вірджинії та Медичний Центр у Гемптоні (Eastern Virginia Medical School and Hampton VA Medical Center) разом виконують рандомізоване контрольоване випробування (RCT) для порівняння результатів сесій індивідуальної терапії когнітивної обробки (CPT) та індивідуальних CPT у поєднанні з індивідуальними сесіями арттерапії для ветеранів із ПТСР внаслідок участі у бойових діях. Результати початкового пілотного дослідження 11 суб'єктів опубліковано у 2016 році (Campbell, Decker, Kruk & Deaver, 2016). CPT — це засноване на доказах стандартизоване лікування ПТСР, що передбачає виконання письмової розповіді про травму та складності, спричинені процесами негативного мислення. Сесії арттерапії також дотримувалися протоколу, що включав обов'язкове «зображення шести конкретних моментів до, під час і після травматичної події» (Campbell *et al.*, 2016, р. 4).

Хоча між групами не виявили статистично значущих відмінностей в результаті, можливо, через малий розмір вибірки, покращення обробки травми та можливість посиленої взаємодії спостерігалися в експериментальній групі арттерапії/КПТ. Всі учасники експериментальної групи повідомили про отримання інсайту або відновлення спогадів, які допомогли зціленню, і всі вони були дуже задоволені лікуванням (Campbell *et al.*, 2016). Наступне, масштабніше дослідження, яке буде опубліковано в належний час, зробить неоціненний внесок у дослідження, оскільки RCT вважаються золотим стандартом доказового дослідження.

Біологічні індикатори повсюдно використовуються для отримання об'єктивних емпіричних даних для допомоги дослідженням в області арттерапії. В одному дослідженні було виявлено, що 45 хвилин творчого самовираження

у форматі відкритої студії арттерапії знижують рівень кортизолу у здорових дорослих, у такий спосіб демонструючи зв'язок між арттерапією та зниженням рівня кортизолу, що має варті уваги наслідки (Kaimal, Ray & Muniz, 2016). Кортизол — це гормон надниркових залоз, який регулює реакцію організму на стрес. Стійке підвищення рівня кортизолу може спричинити низку шкідливих ефектів, як-от порушення когнітивного функціонування та підвищений артеріальний тиск (Lobban, 2016a). Значення рівня кортизолу у розвитку симптомів ПТСР обговорювалося в Розділі 3 цієї книги.

Крім того, зростає інтерес до потенціалу використання методів нейровізуалізації для підбору лікування (Lusebrink & Hinz, 2016). Конопка (Конопка, 2016) виступає за застосування орієнтованого на особистість діагностичного підходу, що дозволяє обрати оптимальне лікування для задоволення конкретних потреб кожної людини. Він відзначає, що клінічні популяції зазвичай визначаються за симптомами, не беручи до уваги біологічну варіабельність. Поєднуючи нейровізуалізацію з психологічною оцінкою, історією та спостереженнями, Конопка припускає, що можна отримати точніше розуміння труднощів, з якими стикається пацієнт, що дозволить підібрати лікування, яке, найімовірніше, буде ефективним для нього. Це свідчить про необхідність наявності різноманітних підходів до лікування.

Конопка наводить приклад, коли до зміни лікування призвели аномалії, виявлені в лівій медіальній скроневій ділянці клієнтки за допомогою картографування мозку методом кількісної електроенцефалографії (qEEG) — неінвазивної нейровізуалізаційної методики, що використовується для вимірювання та інтерпретації електричних патернів у мозку). Усвідомивши, що порушення регуляції впливали на сприйняття та вербальне вираження клієнтки, були внесені коригування до застосовуваного когнітивного підходу, і її направили на арттерапію (Конопка, 2016).

Дослідження арттерапії в Combat Stress

У Розділі 10 представлено якісне амбулаторне дослідження, спрямоване на поглиблене вивчення впливу арттерапії на терапевтичну взаємодію через подолання уникання. Наступний розділ пропонує результати кількох невеликих досліджень зі змішаною методикою, в яких використовували опитування, щоб більше дізнатися про досвід ветеранів з арттерапії.

Анкетування розвитку сервісу

Арттерапевтичні групи в межах шеститижневої інтенсивної програми лікування ПТСР (ІТР) у Combat Stress є обов'язковими, оскільки вони вважаються альтернативним способом доступу та обробки інформації. Зрідка ветерани виходять з груп протягом виконання програми. Щоб спробувати зрозуміти, чому так відбувається в контексті арттерапії, було розроблено анкету, яку розповсюдили серед групи ветеранів. Метою було з'ясувати, чи

можна запровадити якісь специфічні зміни, щоб збільшити залученість, а також дізнатися, як арттерапія забезпечувала розуміння того, чого уникали (Lobban, 2016b).

Було опитано 19 респондентів, і отримані дані дозволили поділити учасників на три підгрупи: вісім ветеранів відвідали всі шість сесій (Повна); шість ветеранів відвідали п'ять сесій (Повна-1); п'ятеро ветеранів відвідали від однієї до чотирьох сесій (Частково). Повний аналіз даних виходить за межі цього розділу, але деякі висновки, які заслуговують на увагу, наведені нижче.

В анкетах містилися твердження про можливі побоювання стосовно відвідування арттерапії та досвід арттерапевтичних груп, які учасники могли прокоментувати за п'ятибальною шкалою Лайкерта від «повністю згоден» до «повністю не згоден» з опцією «не маю думки». Додавалося відкрите текстове поле для додаткових коментарів. 60% відсотків підгрупи «Частково» на запитання анкети «Я погано розбираюся в мистецтві, тому немає сенсу намагатися» відповіли «повністю погоджуюся/погоджуюся», припускаючи, що самооцінка художньої компетентності була актуальною для цієї групи. На запитання «Я не бачу сенсу в арттерапії» 100% учасників «Повна» та «Повна-1» підгруп відповіли «повністю не погоджуюся/не погоджуюся», водночас 80% учасників підгрупи «Частково» відповіли «погоджуюся/повністю погоджуюся». На запитання «Я засмутився, побачивши роботу інших і почувши її значення» 100% учасників групи «Частково» відповіли «погоджуюся/повністю погоджуюся», що, здається, вказує на те, що це був фактор, який впливав на відвідуваність і заняття арттерапією. Однак на деякі питання анкети підгрупа «Частково» дала абсолютно полярні відповіді, що вказує на неможливість запровадження будь-яких специфічних змін для покращення їхньої взаємодії.

Опитування виявило значні бар'єри на шляху до взаємодії. Стосовно побоювань існувало певне занепокоєння, що його виявиться занадто багато і що можлива втрата контролю за емоціями. Досвід арттерапії змусив деяких ветеранів відчути себе поза зоною комфорту. Комуś це нагадало про щось таке, про що вони воліли не думати. Інші вважали, що мистецька творчість виявила занадто багато, а декому в умовах групи було важко поділитися своїми емоціями.

Для арттерапевтів це дослідження підкреслило важливість: гнучкості, чутливості до індивідуальних обставин, необхідності адаптації кожної групи до конкретної динаміки дня, доступності для обговорення побоювань, а також за необхідності пропонувати підтримку та супровід. Також було побажання залучати ветеранів до досліджень як співробітників (Lobban, 2016b).

Наступним кроком був аналіз анкет для оцінки коментарів щодо переваг арттерапії, які зробили 10 респондентів. Результати показали — 100% «погоджуються/повністю погоджуються», що: атмосфера була релаксуючою; процес арттерапії виявив у них речі, про які вони не підозрювали; вони були здивовані, як багато отримали від арттерапевтичних сесій; їм було корисно

почути тлумачення тем іншими людьми; вони побачили іншу сторону своїх колег через їхні роботи, це допомогло згуртувати групу та допомогло їм усвідомити, що вони не самотні зі своїми проблемами (Lobban, 2016b).

Оцінювання арттерапевтичних сесій

Наприкінці кожної сесії або циклу сесій в межах програми стаціонарного лікування у Combat Stress ветеранів просять зробити оцінювання, щоб надати зворотний зв'язок фасилітаторам. Для анкети використовується п'ятибальна шкала Лайкерта з варіантами від «повністю погоджуюся» до «зовсім не погоджуюся», з центральним варіантом «саме так». В анкеті висловлене побажання висловити думку про групову роботу, про навчання, чи будуть здобутки застосовуватися вдома і чи були корисні роздаткові матеріали. Є також вікна для вільного тексту коментарів щодо того, «що вам найбільше сподобалося в групі» і «що можна було б покращити».

Аналіз даних опитування про арттерапевтичні сесії у всіх трьох центрах лікування протягом одного року (2015) було представлено у нещодавньому дослідженні (Palmer, Hill, Lobban & Murphy, 2017). Участь брали 547 респондентів, з яких 404, або 74%, надали довільні текстові коментарі. Міждисциплінарне дослідження вивчало прийнятність арттерапії як лікування. Виявлено, що вибірка ветеранів високо оцінила корисність арттерапії із середнім балом 4,43 із максимальних 5. Наведені у коментарях теми та контентний аналіз виявили важливість трьох ключових напрямків: досвід обміну з іншими, доступ і дослідження важких почуттів та аспекти оточення.

Арттерапія в групі сприймалася як допоміжна комунікація та зміцнення зв'язків, що свідчить про підвищення здатності ветеранів до створення зв'язків з колегами. Прояв та обговорення важких почуттів допомогли нормалізувати проблеми з психічним здоров'ям. Арттерапія допомогла «розблокувати» почуття, які не усвідомлювалися, і забезпечила альтернативний, невербальний спосіб вираження важких почуттів. Було виявлено, що заспокійливе арттерапевтичне середовище, створене терапевтами, відіграє позитивну роль разом із набором доступних матеріалів.

Результати демонструють високий рівень прийнятності арттерапії у вибірковій групі, що дає підстави для включення арттерапії в програми для ветеранів. Посилання ветеранів на психологічні механізми, які цінуються в арттерапії, свідчать, що терапевтичну взаємодію вважають додатковим аргументом на користь включення арттерапії до програми лікування. Ба більше, повідомлення ветеранів про те, що вони змогли отримати доступ до важких почуттів і висловити їх, свідчать про те, що арттерапія може відігравати цінну роль у лікуванні ветеранів, яким не підходять методи вербальної терапії.

Рекомендації для подальших досліджень

Сміт (Smith, 2016) стверджує, що необхідно посилити дослідження щодо ролі арттерапії у відновленні ветеранів з ПТСР. Хоча дослідження починає виявляти терапевтичні механізми, що діють у процесі арттерапії, воно не розглядає цей процес окремо від інших видів терапії. Мультиmodalні пакети лікування поступово стають стандартом для груп ветеранів, які отримують інші види терапії, як-от СBT, разом з арттерапією. Стає очевидним, що найближчим часом потрібно забезпечити пряму взаємодію з ветеранами задля глибшого розуміння ролі арттерапії у відновленні від ПТСР.

З огляду на очікування користувачів послуг, практиків та фінансуючих організацій, якісні дослідження характеризуються своєю колаборативною природою (ESRC, 2016), тому надзвичайно важливо, щоб дослідження арттерапії для ветеранів були міждисциплінарними. Таке дослідження відкриває можливості для захоплюючих творчих партнерств, що базуються на поєднанні навичок і досвіду всіх учасників. Різні теоретичні підходи можуть надати спільним дослідженням глибину та ретельність і дозволять почути голос усіх зацікавлених сторін із особливим акцентом на досвід тих, хто застосовував арттерапевтичні інтервенції у своєму відновленні.

Обговорені тут дослідження мають на меті залучати ветеранів на всіх етапах — як у процесі розробки, так і під час участі — з метою забезпечення можливості почути голос користувача послуг та його творчий досвід для подальшого розвитку.

References

- APPG (2016). www.artshealthandwellbeing.org.uk/APPG 2016.
- Avrahami, D. (2005). Visual art therapy's unique contribution in the treatment of Post-Traumatic Stress Disorder. *Journal of Trauma and Dissociation*, 6(4), 5–38.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. London: Heineman.
- Bion, W. R. (1970). *Attention and interpretation*. London: Tavistock.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
- Campbell, M., Decker, K. P., Kruk, K. & Deaver, S. P. (2016). Art therapy and cognitive processing therapy for combat-related PTSD: A randomized controlled trial. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 33(4), 1–9.
- Chapman, L., Morabito, D., Ladakakos, C., Schreier, H. & Knudson, M. (2001). The effectiveness of art therapy interventions in reducing Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) symptoms in pediatric trauma patients. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 18(2), 100–104.
- Collie, C. A., Backos, A., Malchiodi, C. & Spiegel, D. (2006). Art therapy for combat-related PTSD: Recommendations for research and practice. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 23(4), 157–164.
- Combat Stress (2016). *The veterans' mental health charity*. Retrieved from www.combat-stress.org.

- ESRC (2016). *Economic and Social Research Council*. Retrieved from www.esrc.ac.uk/collaboration/guidance-for-collaboration/.
- Fonagy, P. & Target, M. (2003). The Klein-Bion model. In *Psychoanalytic theories: Perspectives from developmental psychopathology* (pp. 118–136). London: Whurr.
- Gantt, L. & Tinnin, L. (2009). Support for a neurobiological view of trauma with implications for art therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 36, 148–153.
- Hass-Cohen, N. & Carr, R. (2008). *Art therapy and clinical neuroscience*. London: Kingsley.
- Johnson, D., Lubin, H., Miller, J. & Hale, K. (1997). Single session effects of treatment components within a specialized inpatient Post-Traumatic Stress Disorder program. *Journal of Traumatic Stress*, 10(3), 377–390.
- Kaimal, G., Ray, K. & Muniz, J. (2016). Reduction of cortisol levels and participants' responses following art-making. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 33(2), 74–80.
- Kapitan, L. (2010). *Bcmyn to art therapy research*. New York, NY: Routledge.
- Kar, N. (2011). Cognitive behavioural therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder, a review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 7, 167–181.
- King's College (2016). *Connecting through culture*. Retrieved from [www.kcl.ac.uk/Cultural/ConnectingThroughCulture-2014-15-WEB-\(1\).pdf](http://www.kcl.ac.uk/Cultural/ConnectingThroughCulture-2014-15-WEB-(1).pdf).
- Konopka, L. (2016). Neuroscience concepts in clinical practice. In J. L. King (ed.), *Art therapy, trauma and neuroscience: Theoretical and practical perspectives* (pp. 11–41). New York, NY: Routledge.
- Kopytin, A. & Lebedev, A. (2013). Humor, self-attitude, emotions and cognitions in group art therapy with war veterans. *Art Therapy: Journal of the American Association*, 30(1), 20–29.
- Lobban, J. (2014). The invisible wound: Veterans' art therapy. *International Journal of Art Therapy*, 19(1), 3–18.
- Lobban, J. (2016a). *Art therapy for military veterans with PTSD: A transatlantic study*. Retrieved from www.wcmt.org.uk/fellows/reports/art-therapy-military-veterans-ptsd-transatlantic-study#downloads.
- Lobban, J. (2016b). Factors that influence engagement in an inpatient art therapy group for veterans with Post-Traumatic Stress Disorder. *International Journal of Art Therapy*, 21(1), 15–22.
- Lusebrink, V. B. & Hinz, L. D. (2016). The Expressive Therapies Continuum as a framework in the treatment of trauma. In J. L. King (ed.), *Art therapy, trauma and neuroscience: Theoretical and practical perspectives* (pp. 42–66). New York, NY: Routledge.
- Lyshak-Stelzer, F., Singer, P., St. John, P. & Chemtob, C. (2007). Art therapy for adolescents with Post-Traumatic Stress Disorder symptoms: A pilot study. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 24(4), 163–169.
- MacManus, D., Dean, K., Jones, M., Rona, R. J., Greenberg, N., Hull, L., Fahy, T., Wessely, S. & Fear, N. T. (2013). Violent offending by UK military personnel deployed to Iraq and Afghanistan: A data linkage cohort study. *The Lancet*, 381, 907–917.
- McNamee, C. (2004). Using both sides of the brain: Experiences that integrate art and talk therapy through scribble drawings. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 21(30), 136–142.
- Murrison, A. (2010). *Fighting fit: A mental health plan for servicemen and veterans*. London: Department of Health.

- Nanda, U., Gaydos, L., Hathorn, K. & Watkins, N. (2010). Art and post-traumatic stress: A review of the empirical artwork for veterans with Post-Traumatic Stress Disorder. *Environment and Behaviour*, 42(3), 376–389.
- NICE (2005). *Post-Traumatic Stress Disorder: Management*. Retrieved from www.nice.org.uk/guidance/cg26.
- Palmer, E., Hill, K., Lobban, J. & Murphy, D. (2017). Veterans' perspectives on the acceptability of art therapy: A mixed methods study. *International Journal of Art Therapy*, 1–6. Retrieved from www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17454832.2016.1277250.
- Panksepp, J. (2012). *The archaeology of mind*. New York, NY: W. W. Norton.
- Pifalo, T. (2002). Pulling out the thorns: Art therapy with sexually abused children and adolescents. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 19(1), 12–22.
- Rademaker, A., Vermetten, E. & Kleber, R. (2009). Multimodal exposure-based group treatment for peacekeepers with PTSD: A preliminary evaluation. *Military Psychology*, 21, 482–496.
- Rauch, S., van der Kolk, B., Fisler, R., Alpert, N., Orr, P., Savage, C., Fischman, A., Jenike, M. & Pitman, J. (1996). A symptom provocation study of Posttraumatic Stress Disorder using positron emission tomography and script-driven imagery. *Archives of General Psychiatry*, 53(5), 380–387.
- Schottenbauer, M. A., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., Tendick, V. & Gray, S. H. (2008). Nonresponse and dropout rates in outcome studies on PTSD: Review and methodological considerations. *Psychiatry*, 71(2), 134–168.
- Smith, A. (2016). A literature review of the therapeutic mechanisms of art therapy for veterans with Post-Traumatic Stress Disorder. *International Journal of Art Therapy*, 21(2), 66–74.
- van der Kolk, B. & Fisler, R. (1996). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memory. *British Journal of Psychotherapy*, 12(3), 351–361.
- White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. London: W. W. Norton.

Погляд з ширшої перспективи

Культурна співпраця

Дженіс Лоббан і Ліз Елліс

У цьому розділі розглядається збірка з трьох досліджень, об'єднаних спільною темою — «партнерська робота». У першому розділі йдеться про співпрацю між Освітньою Програмою Громади Тейт Модерн (Tate Modern Community Learning Program) і благодійною організацією з ментального здоров'я ветеранів Combat Stress. У наступному розділі досліджується внесок майстер-класів, що відбуваються в мистецькій галереї, у пілотну програму короткострокового стаціонарного лікування, орієнтованого на арттерапію у Combat Stress. У заключному розділі представлено обговорення трьох виставок витворів мистецтва, створених ветеранами на сесіях арттерапії.

Національні галереї та музеї Великої Британії пропонують загальний доступ до надбань культурної спадщини, мистецтва та науки, розташованих зазвичай у залах архітектурних пам'яток і часто безкоштовно. Все більше доказів свідчать про те, що взаємодія з галереями та музеями може багатьма способами впливати на покращення здоров'я і самопочуття, наприклад, через надання безпечного середовища для важливих занять, стимулювання соціального капіталу, прихисток та відчуття причетності, а також на надання альтернативної форми майданчику для співпраці з медиками (Camic & Chatterjee, 2013; Chatterjee & Camic, 2015; Shaer *et al.*, 2008; Wood, 2007). Дослідження показали, що співпраця з музеями може допомогти зменшити тривогу, підвищити самооцінку, посилити позитивні емоції та пом'якшити соціальну ізоляцію (Chatterjee & Noble, 2013). Поєднання арттерапії з культурним досвідом здатне розкрити величезні можливості, що виходять за межі традиційного лікування.

Капсула довіри: простір у просторі

Вступ

Нижче наведено аналіз довготривалого міждисциплінарного партнерства між Tate Modern та Combat Stress, у якому брали участь ветерани, що страждають від посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Описано цілі, процеси та результати цього партнерства, а також визначено успіхи, пов'язані з міждисциплінарними проектами. Дослідження сучасних і модерних

художніх творів у Tate Modern в межах групового неформального навчального процесу сприяло відновленню ветеранів, які користувалися послугами Combat Stress. Співпраця вимагала зобов'язання з розвитку розуміння різних дисциплінарних контекстів між організаціями.

Чотирирічне партнерство відбулося у Tate Modern у рамках існуючої програми воркшопів для дорослих «Мистецтво в життя» ('Art into Life'), яку очолювали співробітники з «Навчання в Громаді» (Community Learning) у межах заходів «Спільні Програми» (Public Programmes) (Tate, 2016a). Ця безкоштовна щотижнева програма воркшопів пов'язана з неформальними партнерствами у сфері навчання дорослих, включаючи організації державного та волонтерського секторів. Програма Art into Life, фінансована низкою благодійних фондів, з моменту відкриття Tate Modern у 2000 році залучила понад 15 000 учасників.

Методологія роботи в малих групах у Tate Modern входить до контексту експериментальних підходів до навчання, які заохочують внесок кожної особи та сприяють груповому навчанню. Для програм у Tate Learning на чотирьох національних майданчиках Tate використовуються педагогічні методи Колба (Kolb, 1984), П'яджета і Фрайєра (Piaget and Friere). Пізній життєвий досвід учасників визначається як ядро навчального процесу (Pringle, 2009). Art into Life ґрунтується переважно на принципах бразильського освітянина Паоло Фрайєра в його підході до просвіти як до визвольного процесу, де дорослий учень визнається активним учасником у формуванні змісту та темпу навчання (Friere, 1998). В процесі підготовки до роботи з ветеранами Combat Stress арт-терапевтка Джен Лоббан ознайомила співробітників Tate Modern з основними підходами до розуміння реакцій на травматичний досвід.

Наприкінці 2008 року Джен звернулася до Ліз Елліс, кураторки просвіти в громаді (Curator of Community Learning), щодо можливості проведення воркшопу Art into Life для ветеранів. Така ідея виникла в результаті публічної виставки, яка того року відбулася в Лондонській галереї. На цій виставці були представлені мистецькі твори ветеранів Combat Stress і зображення, створені на сесіях з арттерапії. Здається, виставка зацікавила ветеранів, і багато з них долали велику відстань, щоб побачити її. З метою подальшого розширення креативних можливостей для ветеранів за межами лікувального центру було вивчено можливі варіанти, і воркшопи Tate Modern якнайкраще підходили для досягнення низки лікувальних цілей.

Під час підготовки до першого воркшопу кураторка та арттерапевтка обговорили цілі лікування Combat Stress, зокрема підходи, засновані на мистецтві, і загальний груповий профіль ветеранів, які відвідують цю програму. Були ретельно зважені потенціальні проблеми і можливості, пов'язані з відвідуванням людного громадського контексту Tate Modern. Важливо було обговорити сфери потенційного стресу під час проведення воркшопів в галереї, щоб спланувати та заздалегідь визначити шляхи їх вирішення. З метою ретельного планування були враховані гіперзбудження, гіперпильність та інтрузивні характеристики ПТСР. Було цілком ймовірно, що подорож до Tate

Modern сама по собі буде джерелом стресу, водночас вона забезпечить потенціал для розвитку впевненості та відновитиме увагу, що перебування у Tate Modern, популярному туристичному центрі з міжнародним статусом, давало ветеранам відчуття незнайомого простору, а для деякого — потенційно стресового.

Основою успіху цього партнерського проекту стали спільна відданість справі, визнання міждисциплінарних контекстів, розуміння рефлексивної практики співробітників Tate Modern і Combat Stress, а також творче залучення до участі ветеранів.

Процес і зміст воркшопів у Tate Modern

У період з січня 2009 року по жовтень 2013 року ветерани та співробітники Combat Stress взяли участь у семи воркшопах Art into Life під керівництвом кураторки Ліз Елліс (Liz Ellis). Кожна група включала до 15 учасників. Хоча кількість залучених ветеранів протягом цього часу коливалася, основна група функціонувала протягом чотирьох років. У кожному воркшопі брали участь до 10 ветеранів, іноді — їхні партнери, принаймні двоє співробітників Combat Stress, та іноді додатковий персонал Tate Modern. Спочатку воркшопи пропонувалися ветеранам під час госпіталізації в лікувальному центрі Суррея. До Лондона група їхала разом на мікроавтобусі. Проте з часом деякі ветерани вже самостійно добиралися з дому до воркшопів. Використання громадського транспорту могло спричинити складності для деяких з них на шляху до воркшопів. У таких випадках ветерани намагалися подолати уникання громадського транспорту та підвищувати толерантність до дистресу.

Ліз добре розуміла, якої мотивації та наснаги потребували ветерани для відвідування Tate Modern, і тому прагнула зробити все можливе, щоб кожен учасник почувався бажаним гостем і відчував, що його досвід цінується. Вона так планувала час, щоб надати можливість для різних реакцій на галерею та на деякі твори мистецтва. Ці воркшопи були не екскурсіями з історії мистецтва, а експериментальною можливістю поділитися спостереженнями і враженнями від вибраних творів мистецтва безпосередньо перед цими творами, виставленими в галереї. Формування групової динаміки було важливим аспектом побудови довіри. Для цього кожного учасника зустрічали з повагою, їхні імена вивчали заздалегідь і перед кожним відкривався простір для індивідуального вираження.

Воркшоп став «безпечною оазою» у широкому просторі галереї. Тут слід підкреслити вирішальну важливість встановлення довіри та взаємоповаги до потреб різноманітного життєвого досвіду учасників. Воркшопи були не одноденною прогулянкою, а неформальним спільним навчальним контекстом з використанням ретельно відібраних творів мистецтва. У підготовці цього неформального навчання до, під час і після кожного воркшопу було виділено час, щоб впоратися з такими емоціями, як тривога та хвилювання, що обумовлені подорожами та перебуванням у людному громадському місці, а також для

обміну потенційно складними почуттями і переживаннями у групі з Ліз, на той час незнайомою колегою.

Військова підготовка передбачає нагляд один за одним на полі. Це відбувалося і під час воркшопів, коли група рухалася по великому комплексу галерей Tate Modern на кількох поверхах. Деякі ветерани не витримували замкнутого простору ліфта, тому користувалися сходами або ескалаторами. Вони пересувалися не самі, а в супроводі колег, що надавало відчуття взаємної безпеки. Учасники несли легкі складні табурети, надані Tate, і розташовували їх півколом перед обраним твором. Галереї були переповнені відвідувачами, а багато ветеранів із ПТСР бажали б уникати такого оточення. Під час сесій усі учасники створювали «капсулу довіри», завдяки чому ветерани почувалися достатньо безпечно, щоб займатися творчістю, зосередитися на творах мистецтва і долати реакції гіперзбудження.

Сесія починалася з того, що ми називали свої імена і створювали книжку-гармошку. Потім ці книги використовувалися в галереї за бажанням кожного учасника: записували коментарі, робили замальовки, занотовували спостереження та дані про мистецькі твори. Ліз надавала можливість уповільнити темп, підтримувала використання матеріалів для полегшення спостереження та збагачення враження від творів мистецтва. Учасників завжди заохочували до критичного мислення та рефлексії. Вибрані твори мистецтва не оцінювалися «лайками». З самого початку виголошувалися цінність обміну різними думками та відмінності у життєвому досвіді учасників.

Коли ветеранів запрошували до участі у воркшопі в Tate Modern, вони іноді відповідали із зацікавленням, але заявляли, що їм «не подобається сучасне мистецтво». Після завершення воркшопу вони могли сказати, що їм все ще не подобається сучасне мистецтво, але цей досвід змусив їх задуматися. Це важливо, оскільки розробка нових ідей і спротив усталеному сприйняттю є ключовими для сприяння змінам, тому що жорсткі, одноманітні шаблони мислення можуть перешкодити одужанню від ПТСР.

Атмосфера підтримки в групах, запроваджена в Combat Stress, отримала подальший розвиток через експериментальний підхід до навчання, який лежить в основі методології Art into Life. Під час 90-хвилинних воркшопів обговорюються заздалегідь вибрані невеличкі набори тем і робіт: зазвичай 4-5 мистецьких творів, експонованих в галереях. Tate Modern виставляє різноманітні роботи художників з усього світу з 1900 року до наших днів. Отже, існує щедрий вибір живопису та скульптури, які можна обрати для воркшопів. Перед кожною сесією з Combat Stress ретельно обговорювався вибір художніх робіт, співзвучних загальній меті запланованого воркшопу. Відбувався активний обмін електронними листами та телефонними розмовами між куратором і арттерапевтом для визначення вибору художніх творів, складання плану кожного воркшопу, передбачення потенційних тем для обговорення і шляхів подолання неминучих сплесків тривоги, викликаних обміном враженнями в людному громадському місці. У такий спосіб воркшопи можна адаптувати відповідно до задач кожної групи.

Вибрані твори мистецтва включали досвід конфлікту, наприклад «Ліс і голуб» Макса Ернста ('Forest and Dove', Max Ernst, 1927). Ернст, німецький художник, часто зображував себе в образі птаха. На цій картині багато глядачів сприймають птаха замкненим в клітці у нетрях лісу, який комусь навіть навіював страх. Над птахом синіє небо, і, по всьому, птах може вивільнитися з клітки і полетіти в небо. Ліз представила картину на початку серії воркшопів, оскільки вона знала з досвіду, що багато відвідувачів ототожнюють себе з птахом та його можливим вибором. Багато ветеранів вважали це захоплюючим малюнком не лише з його сміливою технікою шкрябання та нашарування, що виявляє текстуру та створює настрій, а ще надихає на обговорення особистих страхів і досвіду пережитої тривоги через метафору птаха.

Для наступного воркшопу на тему дослідження горя та реакції на насильство було обрано роботу «Не плач, жінко» (No Woman No Cry) сучасного британського художника Кріса Офілі (Chris Ofili, 1998). Ця картина була створена у відповідь на расистське вбивство Стівена Лоуренса. Водночас учасники воркшопу також обговорювали інноваційні та захоплюючі методи, використані митцем для досягнення потужного візуального враження від цієї роботи. Цей зсув фокусу уваги від змісту до техніки виконання допоміг пом'якшити можливе емоційне сприйняття, яке могло б бути надто болісним для учасників.

Ветерани відкрито реагували на кожен твір мистецтва, що перебував у центрі уваги, висловлювали власні спостереження та розвивали коментарі один одного. Отримавши завдання дослідити можливості використання робочих матеріалів у зв'язку з конкретним твором, вони запропонували нові та винахідливі ідеї. Іноді сенсорні аспекти матеріалів резонували з військовою службою. Наприклад, під час одного воркшопу у виставці галереї Arte Povera ветеран, який служив у торговому флоті, обрав один із робочих матеріалів — шматок мотузки — і розповів про спогади, пов'язані із зав'язуванням вузлів, а також про зв'язки, які виникли під час служби. Це поєднання буквального значення мотузки та символічного зв'язку між ним та іншими ветеранами є прикладом метафоричної та символічної багатогранності, яку до багатьох учасників донесли твори мистецтва.

Вивчення відмінностей і задач у контекстах Tate Modern і Combat Stress

Описуючи партнерство, важливо підкреслити відмінності контекстів, характерних для Tate Modern і Combat Stress. З одного боку, Tate Modern — це широко відвідувана національна та міжнародна художня галерея, тоді як відвідувачі-ветерани є учасниками психотерапевтичної стаціонарної програми, яка виконується у лікувальному центрі. Однак взаємоповага цих різних контекстів сприяла партнерству і кращій обізнаності завдяки участі Ліз у виставці робіт в лікувальному центрі та у відкритій виставці в Лондоні 2013 року.

Доступ до огляду колекцій національної галереї Tate Modern є безкоштовним, тому вона приймає 4-5 мільйонів відвідувачів на рік. Відкритий

7 днів на тиждень протягом 362 днів на рік, цей заклад є дуже напруженим середовищем, де часом важко знайти спокійне місце для роздумів і дискусій. Як досвідчений куратор у Tate, Ліз забезпечила доступ до спокійного місця для зустрічі, знайомства та короткої розминки. На початку кожного воркшопу було узгоджено, що у будь-який момент учасники можуть залишити захід, посидіти в тихішій зоні зі співробітником, взагалі піти або знову приєднатися до групи пізніше. Насправді це траплялося рідко, але було вкрай важливо визнати і послідовно демонструвати, що середовище галереї для багатьох є незнайомим, може викликати занепокоєння, і що існують передбачувані варіанти за потреби покинути воркшоп.

Наприкінці воркшопу групу було запрошено у службове приміщення, куди учасникам доставили запаковані ланчі, щоб вони могли пообідати не у переповненому кафе, а у тихому місці. Фасилітатори використовували цю обідню перерву для того, щоб поговорити про враження ветеранів від воркшопу, перш ніж вони поїдуть додому або до свого місця проживання при лікувальному центрі. Наявність затишного та тихого службового приміщення у величезній будівлі Tate Modern дозволила ветеранам долати тривогу.

Довіра, що виникла між двома організаціями, сприяла безперервному рефлексивному навчанню. Ліз запросили відвідати Combat Stress у дні відкритих дверей на базі в Сурреї, коли ветерани проводили відкриті виставки. Там були представлені твори у жанрі образотворчого мистецтва та літератури, створені в кімнаті для занять або під час сесій арттерапії. Деякі ветерани захотіли експериментувати з ідеями та техніками, з якими вони познайомилися на воркшопах в Tate Modern. Це «поєднання» двох контекстів було визнано цінним для всіх учасників партнерства.

Для Ліз ці виставки дали більше знань про контекст ветеранів, а ветерани скористалися можливістю та ризикнули поділитися особистою творчістю і виставили свої роботи для публіки. Інтерес і відгуки глядачів, які мають величезне значення для кожного автора, сприяли одужанню деяких ветеранів, які страждали від надзвичайної самотності та депресії. Багатьох здивувало, що відвідувачі зацікавилися їхньою творчістю. На цих виставках робіт ветеранів глядачеві відкрилися знання й вразливість ветеранів, почуття солідарності та співпереживання в підтримці один одного. Ліз та співробітники Combat Stress усвідомлювали виправданий ризик, притаманний участі у виставці, і відтак надалі підтримували такі різні дисциплінарні контексти один одного.

Повернення чогось до Combat Stress

В оточенні надзвичайних міжнародних творів мистецтва за останні 100 років часто точилися дискусії щодо того, як обрані художні засоби або техніки зробили подальший вплив на твори мистецтва, та як деякі ветерани могли б включати чи адаптувати такі техніки у своїх власних мистецьких практиках. Цей тип прямого навчання, знайомий студентам мистецтв, часто був

відкриттям для ветеранів, які долучалися до мистецтва через засоби масової інформації або репродукції у книгах. Емоційний та концептуальний вплив прямого контакту з творами мистецтва в Tate Modern призвели до глибоких дискусій щодо значення та нюансів конкретних робіт.

Наприклад, «Сходи – III» (2010) До Хо Су (Do Ho Suh, Tate, 2016b) мала величезний вплив на багатьох учасників, як з'ясувалося під час дискусії пізніше 2011 року. Багато ветеранів сприйняли цей твір мистецтва як сповнений потенційних надій і можливостей, а їхні зафіксовані на відео спостереження дозволили іншим глядачам краще побачити силу та красу цієї тканой інсталяції. За збігом обставин, цей воркшоп був зафільмований BBC Scotland у 2011 році в рамках *The Culture Show Special*, у випуску, присвяченому арттерапії у Combat Stress, і дискусії про ПТСР (McArdle, 2011). При повторному перегляді цього фільму, події якого відбувалися приблизно на півдорозі розвитку партнерства, стають очевидними впевненість і вміння ветеранів реагувати на цей твір мистецтва, їхні власні вдумливі інтерпретації в груповій дискусії. Деякі ветерани вбачають у цьому творі знак шансу, їхнє розуміння цієї роботи вірогідно відображає відчуття особистого оптимізму.

Кожен воркшоп пропонував можливості для творчої роботи в різних форматах. Деякі обирали робити фотознімки. Інші хотіли працювати з простою книжкою-гармошкою, яку їм показала Ліз під час сесії знайомства. В книжці-гармошці вони могли робити ескізи або записувати ключові слова чи імена художників, про яких йшлося, щоб потім продовжити вдома чи в Combat Stress; у такий спосіб створювався дослідницький блокнот. Важливо відзначити, як ці особисті реакції дозволяли учасникам віднаходити зв'язки між різними особистими історіями в контексті практики нового та новітнього мистецтва через культурну взаємодію. Такі воркшопи та інтеграція набутого досвіду під час лікування в Combat Stress дозволили ветеранам сприймати Tate як національний ресурс.

Хоча Tate завжди належав їм (як і всі громадяни Великобританії, ветерани робили внески в утримання галереї через свої податки), раніше багато хто з групи не бачив відчутної ролі галереї у своєму житті. Завдяки ж цьому спільному груповому досвіду, включно зі стримуванням тривог і страхів, викликаних подорожами та перебуванням у громадських місцях, ветерани з більшою впевненістю висловлювали свої погляди і власні думки.

Здобуті уроки та рекомендації щодо майбутнього партнерства

В Combat Stress учасникам-ветеранам роздали оцінювальні форми та попросили оцінити релевантність низки можливих результатів воркшопу. Варіанти відповідей включали: «я дізнався щось нове», «я отримав відчуття досягнення», «я маю намір використати те, чого навчився сьогодні», «це не було для мене корисним». Відгуки були схвальні, а ветерани були щедрі на свої додаткові коментарі.

Розбиті на категорії відгуки висвітлюють деякі ключові моменти: творча співпраця; подолання проблем з оточенням; важливість дружнього ставлення, уважність персоналу; майбутній потенціал. Відгуки показали, що багато ветеранів відчували себе творчо залученими, і коментували «це було чарівно» та «приємно *бачити*, а не просто дивитися (я б просто пройшов повз)». Один ветеран вперше відчув натхнення написати вірш після повернення до лікувального центру. Він згадав про велике задоволення від участі в груповому досвіді знайомства з набутками культури.

Як і очікувалося, навколишнє середовище та подорожі створили проблеми для деяких ветеранів, які прокоментували «натовп і рівень шуму були складними» та «все було добре, але подорож виявилася поганою». Щоб дістатися до цієї провідної галереї, потрібно було їхати до Лондона через інтенсивний трафік. Менші, провінційні музеї та галереї, також пропонують громадські воркшопи, які могли б бути більш прийнятними для спільних проєктів залежно від цілей лікування.

Було багато коментарів щодо цінності взаємодії з персоналом, наприклад, «вітали», «відчували безпеку і повагу» та «чуйний персонал». Як завжди, згідно з методологією Art into Life, Ліз вивчила імена всіх у групі та використовувала їх протягом усього воркшопу. Хоча це стандартний і хороший прийом в роботі освітян, це мало особливе значення для учасників Combat Stress, багатьом з яких було важливо відчувати, що їх цінують і поважають через досвід ПТСР. Усвідомлення того, що про тебе пам'ятають, ймовірно, допомагало впоратися з тривогою у величезному просторі галереї і створювало відчуття поєднання.

Із вдячністю була визнана важливість доступу до приватного простору — «оцінив навчальну кімнату», «спокійний простір». Іноді після воркшопу група мовчки сиділа, їла свої ланчі, ніби переживала враження, перенесені з простору галереї. Згодом жарти відновлювалися й розгорталася рефлексивна дискусія. Іноді під час воркшопів ветерани все ж таки переживали панічні атаки або флешбеки, і тому доступ до приватного простору був неоцінним, адже там можна впоратися з емоціями, застосувати техніку заземлення.

Варто відмітити, що багато учасників прокоментували потенційні наслідки воркшопу, а саме: «натхненний переглядом творів мистецтва інших людей», «я пішов із багатьма ідеями для художньої творчості», «важливий портал для вивчення мистецтва». В програмі двох воркшопів ветерани, партнери та співробітники Combat Stress мали можливість використовувати службове приміщення як приватний простір для художньої творчості. Це дало можливість негайно відреагувати на враження від галереї. Ті, хто зробив такий творчий відгук, повідомили, що отримали задоволення від художньої творчості. Інші учасники вирішили використати цей час, щоб помилуватися Темзою або знову відвідати експозиції галереї.

Сприйняття деяких ветеранів, здається, були повні сумніву, оскільки були такі коментарі, як «боюся, це занадто для мене» та «це було не те, чого я очікував». Це співпадає зі спостереженнями в дослідженні МакКіона, Вейра,

Берріджа, Елліса та Кайретсца (McKeown, Weir, Berridge, Ellis and Kyratsis (2015), які аналізували досвід користувачів послуг психічного здоров'я, що брали участь у програмі Tate Modern Community Learning. Існували уявлення про елітарність, які вдалося подолати через участь. Основою успіху цього між-дисциплінарного партнерства було визнання та обговорення відмінностей із самого початку партнерства, чітке визначення ролей та цілей. Наприклад, Ліз було ясно, що вона очолює воркшоп з неформального навчання дорослих у людному контексті національної галереї. Для Джен та її колег з Combat Stress програма семінару відповідала індивідуальним задачам лікування ветеранів, які могли включати підвищення самосвідомості або стимулювання творчого мислення. Воркшопи передбачали додаткову роботу з підготовки, підтримки та спостереження за ветеранами щодо їхніх вражень після воркшопу. Зовнішній контекст воркшопів, які проходили поза лікувальним центром, уможливив інші аспекти відновлення, включаючи навички подорожей, формування соціальної впевненості та використання зовнішніх культурних ресурсів.

У міру розвитку відносин між двома організаціями учасники, а часом і їхні партнери чи родичі, стали почуватися комфортніше в Tate Modern. Це підсилювало загальні цілі відновлення, оскільки національна галерея, що належить кожному, і є ресурсом, який сприймався як привітний і доступний.

Пілотний короткостроковий курс стаціонарного лікування методами арттерапії у поєднанні з воркшопами в галереї

У рамках пілотного курсу арттерапії в умовах стаціонару в Combat Stress у 2016 році було організовано два воркшопи в галереї, які доповнювали сесії арттерапії та індивідуальні заняття в лікувальному центрі. Для групи з п'яти ветеранів стаціонарне лікування передбачало арттерапію як основний напрямок лікування без когнітивно-поведінкового курсу. Воркшопи виконувалися у співпраці з персоналом «Світловий бокс» (The Lightbox), інноваційної художньої галереї та музею у Вокінгу, Суррей (Woking, Surrey). Ця частина даного розділу книги містить огляд спеціалізованого стаціонарного лікування з обговоренням переваг включення галерейної роботи в програму.

На етапі планування пілотної програми всім потенційним учасникам розіслали анкету з проханням надати свої пропозиції у побудову процесу лікування в стаціонарі. Всі ветерани схвально відгукнулися щодо можливості відвідування галереї, тож підходяще місце було знайдене. Окрім постійного краєзнавчого музею Lightbox має три галереї, де експозиції регулярно оновлюються. Головний арттерапевт відвідав Lightbox і разом зі співробітниками галереї було узгоджено структуру воркшопів.

Теми пілотних арттерапевтичних сесій були підібрані відповідно до виставки в Lightbox під назвою «Джон Констебль: спостереження за погодою» (John Constable: Observing the Weather). Загальна мета полягала в тому, щоб заохотити ветеранів дослідити взаємодію між внутрішнім і зовнішнім

ландшафтом. Теми були розроблені так, щоб створити перехід від виявлення і рефлексії щодо представленого оточення і сприйняття до дослідження змін. Починаючи з «Моя планета» ('My Planet') на першій сесії, учасники працювали над темою «Застиглий» ('Frozen') в процесі другої сесії та «Місячне світло» ('Moonlight') — на третій, а вже потім відвідали перший воркшоп на виїзді. Це був новий рівень, оскільки раніше протягом двотижневого перебування в стаціонарі не було можливості виконувати закриті сесії арттерапії.

Коли учасники ділилися своїми відгуками на My Planet, стало зрозуміло, що вони мають багато спільного. Ветерани по черзі демонстрували та пояснювали особисте розуміння кожного створеного образу. Дискусія розгорнулася під час перегляду зображень і згодом, коли вони ділилися подальшими спостереженнями та інсайтами. Одного ветерана надихнуло згадування «Сюїти планет» Густава Холста (Planets Suite by Gustav Holst). Його зображення показало домінуючий Марс із його зв'язками з богом війни. Він кидав тінь на планету ветерана, яка затьмарювала її атмосферу, і мав сильне гравітаційне тяжіння, що символізує вплив бойової травми (Табл. 12.1). Інші зображення несли ідеї відчуження, ізоляції та від'єднання. Ветеран дослідив тип атмосфери, необхідної для виживання, і дійшов висновку, що через негнучкість його захисного скафандра на зображенні, тобто через обмеження, спричинені ПТСР, він не міг побачити все хороше навколо себе. Виникло бажання повернутися до способу мислення до травми, до того, як травма зруйнувала сприйняття, щоб повернутися до часу цікавості та оптимізму.



Малюнок 12.1 «Заморожений годинник»

Тема Frozen стимулювала створення нових вражаючих образів, деякі з яких мали сенсорні асоціації. Один ветеран намалював застигли годинники, щоб передати, як спогади про травми застигають у часі у формі, що провокує тривогу (Мал. 12.1). Інший ветеран намалював себе охопленим жахом, коли прокинувся від кошмару. Він зобразив себе без рота і носа, щоб передати, що запах і смак минулої травми не можна висловити вербально, і що жах безмовний. Через зображення власного профілю з розсіченим мозком інший ветеран посилався на вбудовану «скриньку Пандори», яка зберігає його спогади про травми. Вона оточена застиглою тканиною, що уособлює недоторкане збереження травми. Це також свідчить про психічне заціпеніння, пов'язане з ПТСР, яке нищить здатність відчувати позитивні емоції, такі як радість або ніжність. Почалася ще одна насичена дискусія, приправлена гумором, щоб зробити вміст зрозумілішим.

На третій арттерапевтичній сесії стало зрозуміло, що ветерани сприймають сесії на глибшому рівні. У подальших дискусіях ветерани підтвердили, що створена довіра та відчуття цілісності допомогли їм висловити питання, які зазвичай глибоко приховані. За допомогою теми Moonlight учасники висловили те, що вони назвали «підземною історією» військового життя; альтернативна версія, яка не входить в підручники історії. Водночас повністю погодилися, що ніхто не хоче забруднити чи заразити своїх близьких подробицями свого досвіду. Це пов'язано з тим, що на першій сесії вони дискутували щодо способу бачення світу, притаманного їм до травми, і про бажання підтримувати цей стан розуму в інших. Через образи та обговорення вони досліджували аспекти військового життя. Moonlight — небезпечний і вразливий час у театрі бойових дій, коли є ймовірність, що ворог тебе побачить. Здавалося, це резонувало з ритмом групи, оскільки учасники виявляли більше своїх керованих або пригнічених почуттів.

Перший воркшоп у The Lightbox забезпечив баланс емоційного змісту арттерапевтичних сесій і можливість разом подивитись на картини, створені кимось іншим, у цьому разі Джоном Констеблем (1776–1837). Спочатку відчувалося занепокоєння з боку ветеранів, які прагнули ізолюватися та уникати громадських місць. Адже це передбачало вихід із зони комфорту в незнайоме місце. Ми їхали туди на мікроавтобусі, і дорога зайняла близько 40 хвилин.

Ветерани привнесли різні аспекти своїх знань та інтересів у воркшопи і це покращило взаємодію. Двоє ветеранів мали художню освіту і були зачаровані прийомами, які вони спостерігали в роботі Констебля. Учасники мали жваві дискусії з працівниками галереї. Один ветеран з вадами зору експериментував з різними кутами перегляду роботи і зробив цікаві відкриття. Цей підхід пізніше обговорювався як репрезентація ключової мети програми — відкрити нові способи бачення та сприйняття. Учасники були заінтриговані структурою будівлі та досліджували зони, які мали цікаві світлові ефекти. Протягом цього часу ветерани, здавалося, могли бачити навколо себе багато веселого і цікавого, а не шукати потенційну загрозу. Співробітники галереї допомагали наповнити час творчістю. Ветерани та персонал, зокрема артте-

рапевти, експериментували з технікою акварелі. У центрі уваги було спільне створення художнього полотна заради нього самого, а не для інтерпретації. Оскільки наступний воркшоп мав відбутися наступного тижня, ветерани сказали, що з нетерпінням чекатимуть повернення.

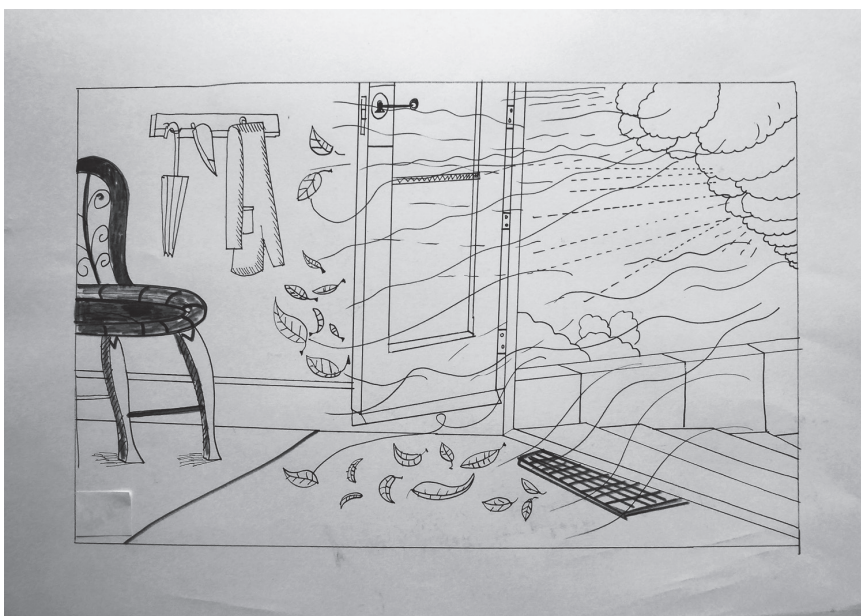
Після перерви на вихідних група зібралася для сесії арттерапії на ранок понеділка, яка розпочалася з обговорення першого тижня програми. Всі отримали задоволення від відвідування галереї, а один ветеран, зокрема, повідомив, що він знайшов творче натхнення, яке дало йому змогу відновити плідну мистецьку діяльність у кімнаті для занять у вихідні. Для цього гурту ветеранів запропонували тему «Хмари» ('Clouds') і вони заходилися малювати.

Зображення виражали переживання депресії, представлені важкими темними хмарами, які вимикають і затьмарюють зв'язки з навколишнім середовищем. Негативність та інтроспекція впливають на взаємодію, а безпорадність і безнадія роблять такі напади небезпечними. Як висловився один ветеран, маючи на увазі вразливість, обумовлену суїцидальними думками в ті часи, «депресія вбиває». Інший ветеран поділився своїм здивуванням, що всі зображення розкривають елементи його власних думок, що дещо забезпечує деяку втіху від того, що він не самотній зі своїми переживаннями. Зображення також показали наявність кращих часів, коли хмари легкі та різнокольорові. Вони представляли часи зв'язку та досягнень.

Наступного дня група взяла участь у другому воркшопі в The Lightbox. Знаючи, чого очікувати, ветерани виглядали більш впевненими та дуже мотивованими для участі. Вони вирішили відвідати виставку робіт Гіта Робінсона (Heath Robinson). Співробітники галереї ознайомили учасників із роботою та були готові провести екскурсію і відповісти на запитання. Ветерани сповна використали свій час у галереї та відвідали музею і галерею з частиною постійної експозиції, а також кафе та магазин. Вони висловили інтерес до техніки та задоволення від перегляду зображень. Воркшоп передбачав створення тривимірних пейзажів із запропонованого різноманіття матеріалів. Співробітники галереї були уважними та підтримували розмову жваво й оптимістично. Знову ж таки, арттерапевти брали участь у створенні образів, чого немає в арттерапевтичних групах.

У пізніших обговореннях програми ветерани припустили, що відвідини галереї та воркшопи можуть бути довгими, оскільки вони пройшли надто швидко; один з ветеранів припустив, що якщо запастися ланчами, то група зможе провести там увесь день. Інший ветеран, який уникає громадських місць, планував взяти туди свою дружину, оскільки був дуже вражений, а ще один ветеран під впливом натхнення побажав спробувати техніку змішаних засобів у кімнаті для занять того ж дня.

Після другого воркшопу в галереї відбулися ще дві сесії арттерапії. Темою першого була «Зміна вітру» ('Change in the wind'). У творах знову з'явилися хмари, але цього разу для зображення руху. З'явилися символи тепла, світла, оптимізму та досягнень. На одному зображенні відкриваються двері у зовнішній світ (Мал. 12.2). Це стимулювало відкриття, що іноді двоє учасників стоять



Малюнок 12.2 «Зміна вітру»



Малюнок 12.3 «Лайтбокс»

біля власних вхідних дверей і дивляться назовні, не виходячи. Інше зображення показало позитивний вплив відвідування галереї, коли вітер натхнення від The Lightbox розганяв грозові хмари, які заважають творчості (Мал. 12.3).

Темою останньої сесії були «Пори року» ('Seasons'). Одна з переваг проведення циклу закритих арттерапевтичних сесій полягала в тому, що група розвивала спільну історію. Фасилітатори та ветерани мали змогу повернутися до різних етапів, конкретних зображень, дискусій і спостережень протягом двох тижнів. Спільні знання, які пам'ятали учасники, дозволили розвивати глибші й змістовніші дискусії. Символи та ідеї відбивалися луною на зображеннях. За допомогою теми 'Seasons' ветерани створили пейзажі, які містять усі стани і передають відчуття управління змінами. Вони обговорювали враження від чотирьох сезонів року в один день, тобто непередбачувані зміни настрою. Говорили також про те, як витримати шторм, використовуючи стратегії лікування симптомів, і знаючи, що погані відчуття минуть. Це стосувалося понять стійкості, витривалості, оптимізму та надії.

Обговорення

Відвідування галерей та воркшопи додали ваги стаціонарному лікуванню за допомогою арттерапії. Без них ветерани, ймовірно, об'єдналися б як група. Здобута довіра та безперервність сесій все одно дозволяли б їм щиро ділитися враженнями, рефлексіями та відкриттями. Однак робота галереї запровадила інакші чинники, які не виникли б у звичайному стаціонарному лікуванні. Ці фактори дозволили учасникам отримати враження від перебування за межами лікувального центру та обміркувати це під час наступних сесій арттерапії.

Галерея забезпечила зміну навколишнього середовища і зустріч з її викликами. Перед першим відвідуванням Lightbox деякі учасники відчували високу тривогу. Дехто погано виспався напередодні, а один ветеран ледь не відмовився в останню хвилину. ПТСР проявляється як загострене відчуття загрози. Ветерани схильні очікувати найгіршого та іноді можуть відмовитися від спроб нового досвіду. Соціального життя може не існувати, а уникання стає типовою позицією. Відвідування воркшопів у складі знайомої та надійної групи ветеранів і персоналу допомогло пом'якшити занепокоєння. Підготовка й обговорення дозволили отримати відповіді на запитання та заздалегідь передбачити побоювання. Однак воркшопи не могли б відбутися без бажання ветеранів випробувати цей новий досвід.

Культурний контекст і атмосфера галереї зацікавили ветеранів. Як випливає з назви, Lightbox пропонує світле та просторе середовище. Вікна від підлоги до стелі, а подекуди на віконному склі прикріплені прозорі смуги кольорової плівки, через які на стіни та підлогу ллються кольорові промені світла. Ветерани повідомили, що були приємно вражені таким інтер'єром. Використання форми світлотерапії стало темою обговорення під час сесії з арттерапії, що відбулася після першого відвідування галереї. Один із ветеранів зазначив, що має світлотерапевтичну лампу для лікування сезонного афективного розладу

(SAD), яка допомагає йому справлятися з темрявою зимових місяців. Група відзначила цей відгук і символічну яскравість, яку принесло відвідування галереї. Дійсно, однією з очікуваних цілей воркшопів було сприяння інтерналізації позитивного досвіду — своєрідної внутрішньої світлотерапії, яка могла б підвищити впевненість у собі та стимулювати бажання відвідувати подібні культурні середовища.

Ці візити включали спільне ознайомлення з творами мистецтва, виконаними професійними художниками, а не їхніми колегами. Ветерани були захоплені технікою художників. Вони ставили запитання, коментували та надихалися.

Переглядаючи відповіді один одного на теми арттерапевтичної сесії, вони звернули увагу на зв'язок між символічним значенням та емоційним резонансом. У випадку з галерейними експозиціями ветеранів особливо зацікавили стиль, художня компетентність і чисте задоволення. Один ветеран відповів, що відвідини галереї його «підживили».

Персонал галереї дотримувався доброзичливого, товариського та орієнтованого на мистецтво підходу та заохочував приємні враження. Роль двох арттерапевтів змінилася під час огляду мистецьких творів та воркшопів, оскільки фасилітаторами стали працівники галереї. Відтак і ветерани, і арттерапевти опинилися у рівній ролі: як глядачі і творці мистецтва. Розмови між арттерапевтами та ветеранами не обов'язково були пов'язані з проблемами психічного здоров'я, а натомість — з мистецтвом. Ситуація дала можливість для іншого типу взаємодії, більш піднесеного та неформального, хоча й в межах професійних рамок. Через спільне використання художніх матеріалів вони мали час погратися та поекспериментувати з техніками.

Така зміна у взаєминах була помічена й в інших дослідженнях на тему лікувальних заходів в музеях і галереях. У своїй роботі, що описує сесію в художній галереї за участі персоналу закладу психічного здоров'я та їхніх клієнтів, Кольбер, Кук, Камік та Спрінгхем (Colbert, Cooke, Camic and Springham, 2013) зазначають важливу роль особистості у такій практиці. Замість того, щоб дотримуватися традиційної ролі пацієнта та професіонала, відчуття «ми і вони» зменшувалося, оскільки переважала спільність. Галерея надала безпечний простір, де могли виникнути відносини різних типів. Це вважалося потенційно корисним для всіх сторін з точки зору підвищення самопочуття, сприяння соціальному залученню та зменшення професійного вигорання.

У першій пілотній арттерапевтичній сесії ветерани висловили бажання повернутися до того душевного стану, яким він був до травми, коли вони могли бути веселими та допитливими. Люди, які перебували у травматичних ситуаціях і були травмовані, стають пригніченими грубою реальністю пережитого. Основні уявлення про життя були зруйновані, і тепер світ сприймається інакше. Під час двотижневої арттерапевтичної програми ветерани змогли продемонструвати веселість та допитливість. Відвідування галереї та воркшопи, здавалося, стали істотною складовою цього стану. Вони надали ветеранам чудову можливість увімкнути мистецькі інтереси та розширити простір за межі звичних моделей поведінки.

Виставки арттерапевтичних робіт у громадських місцях

На територіях лікувальних центрів Combat Stress у кожному коридорі, спальні, терапевтичній кімнаті, кабінеті та вітальні представлені картини, написані ветеранами в кімнатах для занять. Відвідувачі, персонал і ветерани залишають захоплені та вдячні коментарі. Мистецькі твори представляють суміш від простих форм до детальної, майстерно створеної роботи. Ветерани можуть знайти натхнення у вивченні стилів і технік або просто отримати натхнення від навколишнього середовища, свідомо чи підсвідомо.

У Розділі 1 згадувалося про співпрацю Гілла та Адамсона з Бібліотекою картин Британського Червоного Хреста (Hill and Adamson's, the British Red Cross Picture Library) в 1940-х роках, яка позичала госпіталям репродукції відомих творів мистецтва. В записаному інтерв'ю Гілл розповідав про свій період перебування в лікарні під час одужання від туберкульозу. Він був прикутий до ліжка без жодної стимуляції. Цей досвід спонукав його підтримувати використання зображень для сприяння одужанню — «картина могла змінюватися», коли не було вікна, і пропонувати різноманітну стимуляцію, наприклад, викликати «захоплення» або «спокій» (Darracott, 1975). Розглянуті в цьому розділі попередні дослідження, а також використання картин для оздоблення стін центрів лікування Combat Stress перегукуються з цим визнанням терапевтичної цінності споглядання мистецтва. Однак арттерапевтичні зображення створюються з іншими цілями мистецької діяльності, і можна стверджувати, що вони не для публічного перегляду. Арттерапевтичні зображення не призначені для естетичної оцінки. Розкриття образу іншим, чи то в контексті терапії, чи на публічній арені, пов'язане з ризиком критики чи неприйняття. Нікого не дивує, коли ветерани пишуть у кутку арттерапевтичного зображення щось на кшталт «намалював Джиммі, 5 років». Це підкреслює боротьбу, притаманну самовираженню, через засіб, який може бути незнайомим і сприйматися як виявлення недоліків.

Арттерапевтичні зображення не прикрашають коридори Combat Stress. Іноді ветерани просили, щоб їхні роботи виставлялися в терапевтичній кімнаті, на підтримку іншим або як знак визнання величезної особистої цінності. Ці малюнки були корисними для деяких ветеранів, які відчували дотичність до сутності зображень на стіні, але водночас надто тривожними для інших з тієї ж причини.

Ветерани не поспішають звертатися за допомогою, і стигма, пов'язана з проблемами психічного здоров'я, є серйозною перешкодою. Це ставить ветеранів у групу ризику соціального виключення та сприяє збільшенню кількості бездомних ветеранів або тих, хто знаходиться в ув'язненні. Мерфі та Бусуттіл (Murphy and Busuttill, 2014) досліджували перешкоди, що заважали звертатися по допомогу в Збройних Силах Сполученого Королівства (UK Armed Forces) (2014). Ключовими перешкодами вони визнали *внутрішню стигму*, *зовнішню стигму* та чинники доступу. Вони посилаються на «переконливі докази»,

що контакт між людьми з проблемами психічного здоров'я і громадськістю загалом може допомогти зменшити стигматизаційні переконання (Murphy & Busuttil, 2014, p.4; Corrigan & Penn, 1999). Отже, в Combat Stress метою арттерапії є не лише лікування ПТСР, але й заохочення ветеранів звертатися за допомогою шляхом підвищення обізнаності громадськості через виставку зображень арттерапії.

Іноді Combat Stress запрошують представити роботи ветеранів на виставці, але організація також активно шукає можливості для виставок, особливо з такого приводу, як День пам'яті (Remembrance Day), коли ветерани перебувають у центрі уваги громадськості. Коли відкриваються можливості, то лише ветеранам вирішувати, чи бажають вони представити свою роботу. Зазвичай ветерани прагнуть, щоб їхні роботи були представлені з метою допомоги іншим ветеранам.

Три виставкові партнерства

У наступній частині представлено план трьох партнерських виставок: «Аеродинамічна труба» ('Wind Tunnel'), яка відбулася в аеропорту Фарнборо на День Збройних сил (Farnborough Airport on Armed Forces' Day, 2014); «Шлях до відновлення» в Гілфордському соборі під час тижня збройних сил ('Road to Recovery' at Guildford Cathedral during Armed Forces' Week, 2015); та «Дорога вперед» у Конференц-центрі лікарні Сент-Панкрас (The Way Ahead St Pancras Hospital Conference Centre, 2015).

Виставка Wind Tunnel вшанувала початок Першої світової війни. Куратор Поллі Г'юз та її колеги хотіли надати виставці духу сучасності, тому звернулися до відомих художників, зокрема до Дерек Еланда та Анни Редвуд (Derek Eland and Anna Redwood), вони обоє працювали художниками під час війни в Афганістані. Тоді як Анна писала портрети в натуральну величину, Дерек досліджував психологію бойових дій. Це спонукало Поллі звернутися до Combat Stress щодо демонстрації деяких робіт, створених ветеранами в процесі арттерапії. Виставка комбінувала сучасні роботи з оригінальними записами голосів солдатів і цивільних під час Першої світової війни, отриманими з Імперського військового музею.

Wind Tunnel виставлялася та містилася в колишньому ангарі, який колись використовувався для випробувань дослідних зразків аеропланів. Оскільки будівля є історичною пам'яткою, на стіни нічого не можна було вішати, тому картини виставлялися на білих дошках, які утримувалися на місці мішками з піском. Вірші ветеранів Combat Stress були надруковані великим шрифтом і підвішені до стелі на рулонах шпалер. Це дозволило глядачам читати їх на деякій відстані. Роботи для виставки відбиралися куратором під час візиту до Combat Stress. Вона змогла обговорити малюнки та вірші з ветеранами та глибше зрозуміти їх особисте значення. Її загальні спостереження за процесом виставки полягали в тому, що він водночас і розбивав, і зігривав серця. Поштові листівки із зображеннями творів ветеранів були включені до «пода-

рункових пакетів» Армійського благодійного фонду (Army Benevolent Fund) і їх роздавали наприкінці заходу. На зворотній стороні листівок містилася інформація про Combat Stress.

Метою виставки Road to Recovery було ознайомлення громади Гілдфордського собору та великої кількості відвідувачів під час Тижня збройних сил з діяльністю Combat Stress. Операційний директор собору Метью О'Грейді (Matthew O'Grady) вважав, що ці відвідувачі, природно, матимуть спорідненість зі збройними силами, але не обов'язково знатимуть про Combat Stress. Твори мистецтва були виставлені на мольбертах, спочатку в двох місцях (баптистерій і полкова каплиця), а пізніше протягом тижня мольберти перенесли в проходи нефа, щоб виставку було краще видно під час богослужіння до Дня Збройних Сил. Виставка запропонувала зовсім інший погляд на ризики, на які йдуть представники наших збройних сил, і протягом тижня багато хто розмірковував про це.

Виставка Way Ahead також мала на меті відзначити сторіччя Першої світової війни та представити у великому лондонському центрі психічного здоров'я експозицію, яка демонструє силу мистецтва у відновленні після воєнних випробувань. Цю виставку організував куратор Пітер Герберт (Peter Herbert) у рамках The Arts Project. Захід був спрямований на підтримку запровадження арттерапії для ветеранів у Службі ветеранів Лондона, яка базується в госпіталі Сент-Панкрас (St Pancras Hospital) у Лондоні. Відгуки відвідувачів були позитивними. Цитати з книги відвідувачів включали: «неймовірно зворушливий і спонукаючий до роздумів», «я просто не можу пройти повз цієї виставки, не подивившись», «інколи я був зворушений до сліз». Пітер Герберт планував провести наступну виставку робіт конкретного ветерана, який би заслуговував на більшу увагу громадськості, і це продовжить цінну роботу, започатковану цією виставкою.

Отже, три виставки робіт ветеранів з Combat Stress та творів, зроблених на сесіях арттерапії, були спрямовані на підвищення обізнаності щодо наслідків психологічних травм, пов'язаних із військовою службою, на сприяння використання творчості як інструмента відновлення; а також на боротьбу зі стигматизацією, яка заважає ветеранам шукати допомоги. Ветерани, які представили свої твори, були готові поділитися своїми роботами іноді з гордістю, часто зі скромністю, але завжди в надії, що це якось допоможе іншим ветеранам.

Висновок

Військовий дух передбачає командну роботу та співпрацю для досягнення спільних цілей. Водночас задачі арттерапії можна також розширити у співпраці з іншими організаціями, які поділяють культурні цілі. Співпраця з галереями та музеями відкриває нові творчі можливості для ветеранів, які можуть сприяти соціальній реінтеграції та підтримувати позитивну переоцінку самого себе. Це також може оновити зв'язки арттерапевтів з їхнім культурним корінням і забезпечити професійне живлення. Виставка творів

може зробити роботу арттерапії доступнішою для широкої громадськості та допомогти подолати стигму, пов'язану з проблемами психічного здоров'я.

Роль партнерства розглядається як ключова в досягненні результатів, заснованих на довірі та міждисциплінарному взаєморозумінні. Проведена робота демонструє позитивні результати та вказує на необхідність розвитку подальшого і більш стратегічного партнерства. Наведені приклади показали, що покращення психічного здоров'я та подолання стигми є спільною відповідальністю, яку неможливо вирішити окремо.

References

- Camic, P. & Chatterjee, H. J. (2013). Museums and art galleries as partners for public health interventions. *Perspectives in Public Health*, 133, 66–71.
- Chatterjee, H. J. & Camic, P. (2015). The health and well-being potential of museums and art galleries. *Arts and Health*, 7(3), 183–186.
- Chatterjee, H. J. & Noble, G. (2013). *Museums, health and well-being*. Farnham: Ashgate.
- Colbert, S. M., Cooke, A., Camic, P. M. & Springham, N. (2013). The art gallery as a resource for recovery for people who have experienced psychosis. *The Arts in Psychotherapy*, 40, 250–256.
- Corrigan, P. W. & Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychology*, 54, 765–776.
- Darracott, J. C. (1975). Adrian Hill IWM interview. Reel 4. Retrieved from www.iwm.org.uk/collections/item/object/80000557.
- Friere, P. (1998) *Pedagogy of freedom*. London: Rowman & Littlefield.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- McArdle, L. (Director) (2011). Art for heroes: A *Culture Show* special [Television series episode]. In L. McArdle (Producer), *The Culture Show*. London: BBC.
- McKeown, E., Weir, H., Berridge, E. J., Ellis, L. & Kyratsis, Y. (2015). Art engagement and mental health: Experiences of service users of a community- based arts programme at Tate Modern, London. *Public Health*, 130, 29–35.
- Murphy, D. & Busuttill, W. (2014). PTSD, stigma and barriers to help-seeking within the UK Armed Forces. Retrieved from <http://jramc.bmj.com/>.
- Pringle, E. (2009). The Artist as educator: Examining relationships between art practice and pedagogy in the gallery context. Tate Papers, 11 (Spring). Retrieved from www.tate.org.uk/research/publications/tate-papers/11/artist-as-educator-examining-relationships-between-art-practice-and-pedagogy-in-gallery-context.
- Shaer, D., Beaven, K., Springham, N., Pillinger, S., Cork, A., Brew, J., Forshaw, Y., Moody, P. & 'S', C. (2008). The role of art therapy in a pilot for art-based information prescriptions at Tate Britain. *International Journal of Art Therapy*, 13, 25–33.
- Tate (2016a). Art into life workshops at Tate Modern. Retrieved from www.tate.org.uk/visit/tate-modern/group-visits/art-into-life-workshops.
- Tate (2016b). *Staircase-III*. Retrieved from www.tate.org.uk/art/artworks/suh-staircase-iii-t13344.
- Wood, C. (2007). *Museums of the mind: Mental health, emotional well-being, and museums*. Bude: Culture Unlimited.

Мистецтво в дії

Артпроект у Combat

Джон Інгланд, Тім Мартін і Стюарт Розамонд

«З самого початку Першої світової війни і до неї між мистецтвом і військовими завжди існував зв'язок... І тому є дві причини: є тривалі періоди між бойовими діями, коли у вас є час для себе — дуже важливо його заповнити; по-друге, це дозволяє розуму перейти в іншу реальність... одна з речей, які робить мистецтво, — це протистояння жахам війни, і багато в чому це може бути дуже цілющим... звільнення від стресу може бути дуже, дуже корисним»

(полковник Алан Хупер RM)

Ці та інші цитати нинішнього і колишнього персоналу запозичені з інтерв'ю, проведеного після повернення з бойового завдання восени 2013 року. Цей розділ написаний трьома митцями, які пропонують свої погляди на формування проекту Combat Art.

Вступ

Проект Combat Art розробив спеціальний набір для мистецтва (як показано на Мал. 13.1) як проактивну підтримку емоційного благополуччя для військовослужбовців 40-го командос Королівської морської піхоти (40 Commando Royal Marines), які вирушали у своє останнє відрядження в зону бойових дій в Афганістан. Автори цього проекту сподівалися дати можливість Королівським морським піхотинцям через мистецькі засоби зафіксувати і відобразити події свого останнього бойового відрядження, заповнити свій час творчістю, запобігти нудзі та допомогти впоратися з властивою напругою під час воєнних дій. Органічність дизайну цього набору дозволяла використовувати його поодиночі й цілою групою, і згуртувала б їх до сумісної творчої спроби, а також дала б вихід найглибшим переживанням королівських морських піхотинців у важкі часи їхнього життя.

Очікувалося, що проект сприятиме розвитку таких навичок, як уміння уповільнювати темп, вдивлятися уважніше та спокійніше осмислювати власні емоції, а також створювати архів робіт для подальшого переосмислення.



Малюнок 13.1 Мистецький набір від проекту Combat Art

Бажаним результатом було проведення виставки творчих робіт морських піхотинців, яка б представила різні погляди на їхнє бойове відрядження.

Оскільки проєкт реалізовувався в реальному часі, його цілі розширювалися та доповнювалися, зокрема розглядом того, як залучення до мистецтва під час бойового відрядження може стати своєрідним містком до отримання терапевтичної допомоги в майбутньому, якщо вона знадобиться. Також було ініційовано обговорення того, чи може мистецтво слугувати альтернативою алкоголю як способу подолання психологічного навантаження після повернення з місії.

Контекст

40 Commando Royal Marines, що базувався в Сомерсеті, був першим підрозділом Королівської морської піхоти, який служив в Афганістані, коли вони підтримували сили спеціального призначення під час полювання на Усаму бен Ладена в гірських печерах Тора-Бора 2001 року. Згодом вони були розгорнуті в операціях Herrick-7 і -12 та були останнім підрозділом Commando, який покинув Афганістан 9 квітня 2013 року після свого розгортання Herrick-17.

Проект Combat Art ініціювала вдова офіцера Королівської морської піхоти Аніта Сент-Джон Грей, яка на власні очі бачила, як бойові дії впливають

на молодих чоловіків, що поверталися із зони війни. Розвинувся проєкт на основі дискусій Аніти Сент-Джон Грей з преподобним Ендрю Роудінгом, який бачив у ньому інструмент пастирської опіки. У 2012 році вона звернулася з ідеєю про використання мистецтва для підтримки самопочуття Королівської морської піхоти до художника/куратора Тіма Мартіна, на той час Координатора візуальних мистецтв у Брюхаузі в Тонтоні (Tim Martin, Visual Arts Coordinator at The Brewhouse, Taunton). Втрата 14 королівських морських піхотинців під час операції Herrick -12 у 2010 році надала додаткове підґрунтя. Оскільки Аніта є частиною великої родини Королівської морської піхоти, її багаті військові контакти допомогли реалізувати проєкт.

МакМанус та співавтори (MacManus *et al.* 2013) виявили, що чоловіки віком до 30 років, які служили в збройних силах, у три рази частіше, ніж їхні цивільні ровесники, були засуджені за насильницькі злочини. Ба більше, хоча військові можуть бути схильні до насильницької поведінки, чоловіки, які брали участь у бойових діях в Іраку та Афганістані, мали на 53% більше шансів вчинити насильницький злочин, ніж ті, хто не був на передовій. Особовий склад, який мав багаторазовий досвід бойових дій, мав на 70-80% більший ризик бути засудженим за акти насильства.

Хоча точна кількість ветеранів у системі кримінальної юстиції невідома, вважається, що понад 20 000 ветеранів перебувають під контролем з боку виправних служб (Busuttil, 2012). Важливо, що результати дослідження Forces in Mind Trust Transition Mapping Study, 2013 року, показали, що невдала адаптація військових до цивільного життя обходиться Великій Британії у 114 мільйонів фунтів стерлінгів на рік, а саме: ветерани у в'язниці обходяться у 4,4 мільйона фунтів стерлінгів, витрати на психічне здоров'я ветеранів оцінюються в 26 мільйонів фунтів стерлінгів, а зловживання алкоголем коштує 35 мільйонів фунтів стерлінгів, і бездомність — 5,5 мільйонів фунтів стерлінгів. Велика кількість ветеранів намагаються повернутися до цивільного життя та потрапляють у пастку системи кримінального правосуддя (Forces in Mind Trust, 2013).

Об'рунтування

Коли стало відомо, що 40 Commando буде розгорнуто для операції Herrick-17 у 2012/2013 роках, Тіму Мартіну та Аніті Сент-Джон Грей стало ясно, що втрати серед друзів і товаришів під час попереднього відрядження 40 Commando матимуть значний вплив на тих, кого попросили повернутися до Афганістану. Також вважалося, що гостре усвідомлення цих втрат вплине на тих, хто відправляється у своє перше бойове відрядження. Хоча Тім раніше не цікавився військовими проблемами, обоє бачили, що ця ситуація вимагала втручання, інновацій і термінових змін. Почалися розмови про те, як мистецтво може бути корисним людям у різні періоди їхнього життя як процеси запобігання та реагування, а також як потенціал використання мистецтва для підтримки самопочуття військовослужбовців.

Логістика

Механізми постачання матеріалів обговорювалися з командиром полковником Джексоном (Commanding Officer Colonel M. J. A. Jackson RM, DSO), колишнім командиром полковником Аланом Хупером (Commanding Officer Colonel Alan Hooper RM), який приєднався до команди як військовий радник, і колишнім капеланом Ендрю Роудінгом (Chaplain Andrew Rawding). Стало зрозуміло, що роль 40 Commando у Herrick-17 суттєво відрізнятиметься від їхніх попередніх бойових розгортань, і що, де це можливо, вони передаватимуть рутинні операції афганським силам безпеки.

Отже, мистецтво може мати значний вплив на запобігання нудьги, на заповнення часу творчими цілями та на зняття внутрішньої напруги, що впливає з кількості зафіксованих інцидентів «зеленого на синьому» (інсайдерські напади, коли афганський поліцейський або солдат стріляє по члену коаліційних сил). «Вам не обов'язково перебувати в зоні бойових дій, щоб на вас вплинуло розгортання, коли ви знаходитесь далеко від дому, відбувається так багато змін, тому наявність такого корисного засобу було б чудово для всіх військовослужбовців» (Reverend Paul Andrew Chaplain RN).

Армійське мистецьке товариство (Army Arts Society) раніше, у 2011 році, відправило до Афганістану 20 великих спільних наборів для мистецької діяльності. Хоча їхня мета — «допомогти [військовослужбовцям] зафіксувати та осмислити час, проведений у зоні бойових дій» (Army Arts Society, 2016) — співпадала з цілями проекту Combat Art, а склад наборів був подібним, команда Combat Art наполягала, що кожен учасник бойового відрядження мав отримати власний кишеньковий набір для малювання. Це дозволило б їм виражати свої думки та переживання найбільш особистим способом у рідкісні моменти самотності, а також працювати спільно, якщо вони комфортно почувалися в колективній творчості.

Капелан Королівського флоту преподобний Пол Ендрю став постійним зв'язковим із командою, а художника зі Сомерсета Джона Інгланда запросили до проекту. Його участь частково була натхненна попередньою співпрацею з Тедом Мілліганом — художником, який під час Другої світової війни перебував у полоні.

Коли розглядали «чорну сумку», яку видавали кожному морському піхотинцю перед бойовим розгортанням, було вирішено, що мистецький набір має сприйматися як природне доповнення до цього стандартного комплекту і тому повинен бути якісним, функціональним і відповідати загальному вигляду екіпірування. Жоден із готових варіантів не відповідав вимогам — набір мав поміщатися в кишеню для карт й містити всі необхідні матеріали. Тому було розпочато збір коштів і виготовлення спеціального комплекту.

Через військових постачальників команда домовилася про виготовлення чохлів з тканини з камуфляжним візерунком, на якій була вишита емблема 40 Commando та фірмовий знак розгортання «Herrick-17». Це робило його цінним, особливим і винятковим для Королівських морпіхів. Чохол був

водонепроникним, застібався на «блискавці», був здатним витримати суворі умови під час розгортання, і містив високоякісні матеріали: альбом для малюнків/щоденник, акварельний папір, акварельні фарби, пензлі, рамку-видошукач, ручки та олівці. «Набір був чудовим з багатьох причин, частково тому, що він був настільки портативним, що його можна було брати куди завгодно. Набір був добре підібраний; і хлопцям не терпілося взятися за нього (Reverend Paul Andrew Chaplain RN).

Аніта Сент-Джон Грей, Тім Мартін і Джон Інгланд відвідали базу 40 Commando у таборі Norton Manor Camp, щоб представити ідею другому командирі майору Карлу Грею RM та іншим офіцерам, включаючи командирів роти.

Вони отримали переважно позитивні відгуки і їм показали місце, де зберігалися твори мистецтва та творчі реакції на життя в армії, від скульптурних металевих снарядів до збірок живопису та прози в багатьох формах. Ці роботи підкреслювали історичний і неперервний зв'язок між мистецтвом і військом та переконали відвідувачів, що комплекти можуть бути з вдячністю прийняті.

Було забезпечено фінансування для постачання наборів для 500 з понад 600 Королівських морських піхотинців, які мали прибути на арену бойових дій. Проект переважно фінансувався благодійною організацією Королівської морської піхоти, і без їхньої підтримки він не відбувся б. Бригадний генерал Марк Нобл RM (Brigadier Mark Noble RM) переконав Раду у цінності проекту, і було докладено всіх зусиль, щоб швидко забезпечити фінансування та отримати набори до дати розгортання підрозділу.

Було визнано, що мистецького досвіду в Королівських морпіхів небагато, якщо взагалі якісь є, хіба що шкільні уроки малювання. Тому потребувалося докласти багато зусиль, щоб подолати упередженість щодо того, чим мистецтво є або чим воно може бути. Передбачалася можливість певного опору чомусь новому, що виходить за межі зони комфорту Королівської морської піхоти та не відповідає домінуванню фізичної активності в рамках традиційного духу військових. «Я вважав, що той набір був корисним... це цікавий спосіб змалювати подію з точки зору кожного військового — від морпіха до командира» (майор Карл Грей RM — Major Karl Gray RM).

Було сподівання, що команда Combat Art зможе ще до відправки на розгортання ознайомити усіх морпіхів з проектом через воркшопи або через просту презентацію і роздати їм набори. На жаль, це виявилось неможливим через інтенсивність навчань перед розгортанням, труднощі з фінансуванням і нестачу часу. Ці негаразди призвели до того, що лише близько половини військовослужбовців вирушили на арену бойових дій, маючи при собі такі набори. Хоча решту наборів невдовзі направили їм навздогін, довгий логістичний ланцюжок доставки наборів, їхня роздача морпіхам на передових оперативних базах та в інших локаціях призвели до того, що багато хто не отримав свої набори до якогось значного моменту у своїх пересуваннях або не отримав їх взагалі.

Через брак особистого контакту команда Combat Art вирішила створити фільм та «картки ідей». Початкові труднощі з отриманням дозволу на розповсюдження фільму від Міністерства оборони (Ministry of Defence (MoD)) означали, що його не можна було переглядати масово до розгортання, тому «картки ідей» стали дуже важливим механізмом комунікації.

Очікувалося, що одним із найбільших викликів і найважливіших елементів проекту буде подолання естетичних ціннісних суджень, які Королівські морські піхотинці можуть надавати своїй роботі. Знаючи, що ці судження можуть виявитися перешкодою для користування наданими матеріалами, планувалося, що «картки ідей» стануть каталізатором для найширших можливих форм вираження та сприятимуть відчуттю того, що процес пошуку й створення є надзвичайно цінним, незалежно від їхнього сприйняття якості створеної роботи.

Картки з ідеями пропонували Королівським морським піхотинцям різні способи реакції на час, проведений в Афганістані, як за допомогою матеріалів із набору, так і за допомогою підказок щодо використання інших наявних ресурсів для розширення простору їхньої творчості. Метою стало звернути увагу морпехів на довкілля поза меж військового контуру, закликати їх уважно дивитися та задіяти всі органи чуття. Записи на картках радили записувати думки, почуття, переживання і спостереження, а також описувати образи, предмети і слова, пов'язані з щоденною рутиною та якимись подіями. Автори проекту також розраховували, що військові скористаються з поштових листівок, вкладених до наборів, для того, щоб написати про себе і про свої враження рідними і близькими, які залишилися вдома.

Також активно заохочувалися записи у щоденники, вкладені до набору:

«Єдиний раз, коли я вів щоденник... для мене він був як випускний клапан... я заносив туди ключові моменти і свої відчуття... це стало виходом для моїх емоцій... і коли я повертаюся до тих щоденників, можливо, через роки, та конкретна подія, яку я описав, або емоції, які я відчував, повертаються до мене... здається, це повертає вас до того, що ви пережили в той час

(Colonel Alan Hooper RM).

Планувалося, що команда проекту матиме постійний діалог через електронну пошту, але через різномірну діяльність групи та інтенсивну діяльність капелана ці комунікації були в кращому разі спорадичними. Команда Combat Art завжди була стурбована тим, що доставка решти наборів не є пріоритетом у матеріально-технічному забезпеченні розгортання. І хоча військові запросили більше матеріалів (наприклад, блокноти та папір більшого формату) і їхнє прохання задовольнили, команді проекту лише залишалося сподіватися, що набори використають за призначенням, що унікальний характер проекту та незвичайні обставини надихнуть багатьох людей скористатися з наборів, і що величезна робота здійсниться зусиллями окремих людей або груп.



Малюнок 13.2 Декоративна чашка морпіха Конвея

У цей момент Стюарт Розамонд (відставний керівник відділу вищої освіти образотворчого мистецтва Плімутського університету — Higher Education Fine Art, Plymouth University), який у минулому працював арттерапевтом в Управлінні освіти Внутрішнього Лондона (Inner London Education Authority) (тепер уже не існує), приєднався до команди, щоб допомогти визначити, що може статися з будь-якою роботою, яка повернулася з Афганістану.

Збір художніх робіт

Хоча Королівські морські піхотинці були поінформовані, що, можливо, їхні роботи будуть виставлені на публіку, важливою частиною проєкту було донести до авторів, що вони не зобов'язані ділитися своїми творами. Це давало змогу безперешкодно створювати суто особисті творчі відгуки.

Команда Combat Art отримувала неофіційні відомості про створення робіт, проте завжди залишалося невідомим, наскільки учасники готові ділитися ними. Через це логістика збору матеріалів стала одним із головних викликів. Було подано запит, щоб головні сержанти збирали роботи, втім, оскільки це ніколи не могло бути операційним пріоритетом, команді довелося долати численні труднощі для здійснення цього завдання.

Радість була подвійною з двох причин: по-перше, коли роботи почали з'являтися, а по-друге — через розмаїття та різноплановість отриманих творів. Серед них були буденні замальовки, акварелі, живопис, малювання пальцями, фотографії, фільми, знаки, креслення військових полігонів, ескізи татувань та такі об'єкти, як розписані чашки (наприклад, Мал.13.2, створений морським піхотинцем Конвеем), а також карикатури й мультяшні зображення.

Напруженість і чутливість малюнків та акварелей були вражаючими. Вони відкривали безліч різних перспектив на повсякденне життя — невеликі роботи розміром із листівку, які спочатку захоплювали увагу, а потім несподівано змушували усвідомити суть зображеного.

Наприклад, переплетіння світла, природи та особливості будівлі, які самі по собі могли здаватися звичайними, але завдяки супровідному напису розкривалися як «спадковий вогневий пункт» (місце, з якого противник раніше вів вогонь).

Серед багатьох інших робіт був дуже делікатний малюнок службового собаки, було багато зображень буденних речей (зброя, кепки, транспортні засоби тощо), а також ряд цікавих ракурсів, як-от види, замальовані з гелікоптера Chinook.

Найбільша кількість робіт надійшла від бійців 13 взводу під командуванням капітана Моргана. У розповіді про загибель капрала Девіда О'Коннора 24 жовтня 2012 року (єдина смерть з 40 Commando під час бойового відрядження) один із авторів творів, Роббі Нін, сказав в інтерв'ю для програми новин на BBC news online:

«Всі були шоковані. До цього моменту було тихо, а коли це сталося, всі справді втратили дар мови. Це була сумна, сумна втрата для 40. Ви віддали останні почесні, а потім маєте продовжувати свою роботу, коли ви там»
(BBC, 2017).

Стюарт Розамонд особисто переконався, що залучення групи людей до мистецьких занять може мати потужний терапевтичний ефект. Тому команда проекту була у захваті, спостерігаючи ознаки спільної творчої роботи серед військовослужбовців та між представниками різних рангів. Наприклад, у випадку останнього — змагання між капітаном Морганом і його підлеглим, хто краще намалює Land Rover на тлі заходу сонця. «Він сказав, що його малюнок найкращий, бо він капітан».(A. Lowry, напис на картці; Табл. 13.1).

Військовий гумор може бути виходом для глибинної напруги, і це було переконливо підтверджено у надісланих роботах. Інтенсивність відчуттів під час перебування на арені бойових дій та жорстка ієрархія, яка неухильно підтримується, стали благодатним ґрунтом для військових митців, щоб випустити пару через гумор. Наприклад, на столі головного сержанта роти (CSM) анонімний художник залишив карикатури, судячи з яких, він не вважав, що сержант приділяє достатньо уваги своїй фізичній формі.

Спіраючись на ідеї Зигмунда Фрейда та Артура Кестлера, бригадний генерал Дж. Назарет написав у своїй книзі *«Психологія військового гумору»* (Brigadier J. Nazareth, *The Psychology of Military Humour*), що «військовий гумор має особливу привабливість, оскільки він створюється в середовищі, яке пропонує максимальні можливості для його експлуатації» (Nazareth, 2008, Preface).

І нахабний коментар капрала щодо свого капітана, і роботи, залишені для CSM, свідчать про те, що робота стала безпечним контекстом для м'якого руйнування ієрархій без впливу на виконання оперативних задач. Очевидно, що кожен митець повинен оцінити ситуацію та бути впевненим, що не переступить межу, але той факт, що CSM був непохитно впевнений у тому, що після виставки листівки будуть повернені, є свідченням досягнення правильно балансу і зняття напруги.

Розробка татуювань створила міст між звичайними формами творчості, якими вже займалися багато Королівських морських піхотинців, і сприяла використанню наборів. Багато ескізів татуювань відображали гордість художників за свою ідентичність як Королівських морських піхотинців та їхній спільний досвід у бойових діях, водночас інші були створені в пам'ять про загиблих товаришів. Так само, перебуваючи в місці, де друковані зображення не були прийнятними, існувала функціональна вимога мати великомасштабні точні топографічні креслення з описом особливостей навколишнього ландшафту, які виглядали в кількох випадках як дуже детальні креслення. Ці малюнки були дуже точними і використовувалися для моніторингу будь-яких змін у навколишньому ландшафті для виявлення можливих загроз, хоча й були рясно декоровані.

Серед найбільш неочікуваних творчих ініціатив, що трапилися поряд із виконанням військової рутини, особливо вирізнялася робота морського піхотинця Едді Конвея. Роті «Дельта» доручили передати основну відповідальність за безпеку Афганським силам безпеки. У рамках цього процесу всі наявні патрульні бази, що мали британські назви, перейменовувалися на мову пушту, що символізувало зміну відповідальності. Морському піхотинцю Конвею доручили виготовити 10 нових табличок місцевою мовою. Зважаючи на чутливість питання для афганських партнерів, цей процес мав бути виконаним без того, щоб він власноруч писав будь-які арабські фрази на кшталт «Бог великий» або мусульманський символ віри (традиційно розміщений у верхній і нижній частині емблеми).

Єдиним практичним рішенням було використання трафарету. Для цього морпіх Конвей «позичив» у лікаря гострий скальпель і скористався великою кількістю наявних балончиків із фарбою. Цю фарбу використовували розвідники кожного патруля для маркування місць, де були знайдені імпровізовані вибухові пристрої (IED). На знак визнання майстерності, з якою він виконав це завдання, Конвей отримав пам'ятну монету-подяку від командувача Королівської морської піхоти (Royal Marines Commandant General's Commendation Coin).

Це творче захоплення поширилося на виробництво багатьох виробів з різних підручних матеріалів. Такі твори одночасно демонстрували відчуття

приналежності до колективної групи та виражали специфічну ідентичність і символізм окремого у межах цілого. Ці вироби також дозволяли взводам заявляти про своє право на «власність» приміщень, де вони розміщалися під час свого тимчасового базування. Один Королівський морпіх щодня фотографував себе в різноманітних жартівливих образах і позах, його стан вбрання та зачісок відображав знакові моменти перебування в зоні бойових дій, як-от святкування Різдва.

Як відомо, була виконана величезна кількість робіт, а такий результат водночас надихав і заспокоював команду Combat Art, і вона дуже очікувала, що пізніше з'явиться ще більше. Було сподівання, що команда зможе ініціювати групові воркшопи з Королівськими морськими піхотинцями після їхнього повернення з Афганістану, але, на жаль, цього зробити не вдалося, бо Королівських морпіхів відправили в Акротірі — британську військову базу на Кіпрі для підведення підсумків і «декомпресії», а потім вони були або демобілізовані, або негайно пішли у тривалу відпустку.

Виставки

Роботи Королівських морських піхотинців вперше були виставлені в Тонтоні, Сомерсет (місто, де базується Королівська морська піхота), у листопаді 2013 року. Це місце забезпечувало як географічний, так і емоційний зв'язок із відвідувачами, та відкривало шлях до діалогу. Атмосфера цього місця сприяла розумінню та відчуттю поваги, визнанню постійних стресів і жертвності протягом тривалих періодів поза домом. Різноманітність зображеного досвіду та переживань спричинила переоцінку упередженого ставлення багатьох людей до Королівської морської піхоти. Ця міцність зв'язку проілюстрована часто емоційними відгуками аудиторії та багатьма позитивними коментарями, висловлюваними під час перегляду виставки як усно, так і письмово: «Почуття, думки, творчість — неймовірна робота викликає глибокі змістовні розмови та... розуміння того, через що вам усім доводиться проходити» (анонімний коментар).

Дуже «реальний» характер цієї роботи, позбавлений оцінних суджень комерційного артринку, лише підсилював це відчуття. Важливо, що військові ієрархії не прагнули цензурувати представлені роботи, і Королівські морські піхотинці мали можливість вільно, а в деяких випадках навіть критично, висловлюватися про свій досвід. Ця виставка також надала Королівським морським піхотинцям можливість поділитися спільним досвідом, переосмислити пережите, обговорити його між собою та знайти цінність у створеному ними матеріалі. Крім того, вона надала їхнім партнерам, дітям та іншим членам родини унікальну можливість отримати візуальне уявлення про середовище та діяльність, все те, що вони переживали далеко від дому.

Згодом роботи були виставлені в лондонській галереї Мен'є (Menier Gallery) навесні 2015 року з такими почесними гостями, як генерал Гордон Месенджер (General Gordon Messenger, CB, DSO and Bar, OBE, RM), (на той

час заступник командувача сухопутним командуванням НАТО в Туреччині, нині заступник начальника штабу оборони), який підтримував проєкт із самого початку. Набір Combat Art і результат роботи також були представлені на виставці Moved by Conflict у M-Shed, Брістоль.

Надбання

Надбання проєкту для його учасників багато в чому не піддається кількісному вимірюванню, але співпраця партнера проєкту Джона Інґланда з Тедом Мілліганом, військовополоненим Другої світової війни, дала йому щире переконання щодо довгострокових результатів використання творчості в найнапруженіші періоди людського життя. Тед виконував свою першу місію у складі 49-ї ескадрильї. Його бомбардувальник Lancaster було збито і троє членів екіпажа загинули. Тед потрапив у полон і утримувався в концтаборі Stalag Luft 7 у Банкау, сучасний Банков, Польща.

Тед робив докладні щоденні записи у своєму воєнному журналі, наданому Міжнародним Червоним Хрестом, описуючи свою подорож від «прибуття до Франції» (через жартівливу карикатуру, де він зобразив як висить на дереві на своєму парашуті) аж до жаклих довгих маршів у морозному січні 1945 року, до яких їх примушували, оскільки російські війська наближалися і загрожували захопити табір. Завдяки порадам, матеріалам і заохоченням співв'язня та видатного післявоєнного художника-абстракціоніста Адріана Хіта (Adrian Heath) Тед створив портрети багатьох своїх співв'язнів, а також замалював навколишні пейзажі, допомагав випускати табірну газету та створив цілу лінію з виробництва різдвяних листівок для в'язнів різних національностей. Примітно, що він також зміг завершити першу частину свого ступеня бакалавра мистецтв у галузі архітектури. Він перетворив надзвичайно травматичну подію та подальшу тривалу невизначеність на позитивний шлях до успіху як визнаного архітектурного ілюстратора повоєнного часу.

Коли Джон зустрів Теда, тому було вже за вісімдесят, і його здоров'я погіршувалося. Однак завдяки новим малюнкам, які він створював за спогадами про марші, та подальшим виставкам, які вони разом організовували, він немов отримав друге дихання. Джон побачив, наскільки цінним для Теда було те, що він зміг зайняти себе творчістю в період важких випробувань, і як цей архів робіт дозволив йому чесно переосмислити та знову пережити той найінтенсивніший і найвизначніший період всього життя у спосіб, який був неможливим у той час. (Holbrook, 2017).

За своєю суттю, військовий конфлікт вимагає від бійців не надто глибоких роздумів над завданням, яке їм належить виконати, адже така рефлексія може завадити їхній здатності діяти. Роль військовослужбовця несумісна з тим, щоб бачити себе вразливим або відкрито демонструвати цю вразливість іншим. Тому цілком зрозуміло, що емоції можуть залишатися пригніченими, що призводить до проблем зі стресом, тривожністю, депресією та до розладів, пов'язаних із травмою. Колін, ветеран, якого підтримувала благодійна

організація Gardening Leave, зазначив: «Армія приймає тебе, ламає, формує так, як їм потрібно, але не налаштовує тебе для повернення до цивільного життя» (McVeigh, 2014).

«Військовий менталітет» передбачає прийняття насильства як допустимого механізму для розв'язання конфліктів у певних обставинах. Ба більше, коли гнів і розчарування накопичуються протягом багатьох років після служби, не дивно, що серед ветеранів відмічається високий відсоток насильницьких злочинів у системі кримінального правосуддя. Аналогічно, якщо алкоголь у військовій культурі сприймається як допустимий спосіб «розрядки», не дивно, що ветерани звертаються до нього як до засобу звільнення від наслідків свого досвіду. Гедер Бадж-Рейд (Heather Budge-Reid), виконавча директорка благодійної організації Gardening Leave, зазначила, що близько 80% ветеранів, які звертаються до них по допомогу, мають або мали проблеми з алкоголем. (McVeigh, 2014).

Combat Art Project не пропонував арттерапію. Насправді важливо, щоб слово «терапія» не використовувалося під час передачі набору для корпусу. Що пропонувалося, так це можливість виконати завдання, яке було складним, повністю захоплюючим і загальнодоступним, а для деяких в цьому була можливість висловити свої найглибші думки у найважчий час свого життя. Впроваджуючи мистецтво як альтернативний механізм подолання під час інтенсивних бойових дій та висвітлення його як механізму, до якого можна повернутися пізніше, автори проекту сподівалися, що Combat Art Project створив тривалий доробок, який допоможе подолати труднощі під час переходу і пристосування до цивільного життя.

Використання цих наборів забезпечує спокійне і тихе вивільнення емоцій; рефлексивне за самою своєю природою і часто включає в себе дрібний руховий контроль. Для когось цей альтернативний механізм може працювати так, як не спрацює жоден інший. Хоча ще невідомо, чи досягне проєкт своєї мети подолання бар'єрів для співпраці з арттерапією в разі необхідності, але робота, що була виконана в межах проєкту, може стати відправною точкою для такої діяльності і дозволить підійти з безпечної позиції до травматичних та емоційних переживань.

Висновок

Всесвітня організація охорони здоров'я визначила здоров'я (незмінно з 1948 року) як «стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб або фізичних дефектів» (World Health Organization, 2014, р. 1). Згідно з цим визначенням, використання наборів стало інструментом для проактивної підтримки здоров'я військовослужбовців; надало можливість створити в реальному часі архів візуального та емоційного досвіду для майбутнього обмірковування; і запровадило діяльність, яка має потенціал для подальшого використання окремими особами для підтримки свого самопочуття в майбутньому.

Відгуки від усіх учасників, з якими могла зв'язатися команда Combat Art (отримані як неофіційно, так і під час інтерв'ю), сповнені позитивної думки про високу цінність мистецтва та творчості для підтримки психічного здоров'я, і свідчать про зростання кількості доказів на користь такого ствердження. Набір дозволив їм не лише задокументувати та обміркувати своє останнє розгортання в Афганістані, але й використати його як засіб для особистого самовираження, створення відкритих, чесних і споглядальних відповідей.

«Я щиро вірю, що це має цілющу цінність... Combat Art справді надав хлопцям хороші інструменти для вираження своїх емоцій через малювання, вони отримали чудову можливість записати на папері, якими були їхні думки та почуття протягом семи місяців перебування там
(LA (Phot) Rhys O'Leary).

Різноманітність виконаної роботи, бажання учасників зберегти про неї згадки ще довгий час після закінчення служби, їхнє бажання поділитися нею з широкою громадськістю та відчуті її залучення — все це свідчить про позитивний вплив такої схеми та зростання підтримки як цієї, так і інших подібних ініціатив. Двоє учасників проєкту після демобілізації вступили до школи мистецтв.

Art Kits — це некомерційна компанія, обмежена гарантією, і як багато інших організацій, стикається з труднощами в отриманні поточного фінансування. Через те що конфлікти в Іраку та Афганістані зникають зі шпальт ЗМІ, багато ветеранів тільки починають конфронтувати з наслідками отриманого досвіду. Оскільки британські збройні сили беруть активну участь у виконанні оперативних завдань у всьому світі, ця робота залишатиметься такою ж важливою та актуальною, як і раніше. Тепер необхідно розбудовувати щось нове на підґрунті цієї пілотної схеми, міцної концепції та багатьох позитивних результатів, які ми вже побачили. Команда сподівається, що ці свідчення сприятимуть ширшому розповсюдженню наборів (включаючи систему кримінального правосуддя), пов'язаних із такими програмами діяльності, як початкові та підсумкові воркшопи та подальші сесії, щоб повністю використати їхній потенціал. Довгостроковий позитивний вплив проєкту ще не визначений, але є надія, що у майбутньому можна буде повторно залучити учасників і зробити таке оцінювання. Також може бути цікаво ретельніше оцінити зворотний зв'язок, отриманий на сьогодні за якісними показниками, і коли буде отримано достатньо даних, ефективність майбутніх втручань можна буде оцінити за допомогою статистичного аналізу. Втім, команда переконана, що для того, щоб творчість виявилася корисною для конкретного військовослужбовця, важливо зробити мистецтво звичайною та загальноприйнятною формою вираження. Зрештою, кінцева мета команди полягає в тому, щоб набори стали стандартною справою; щоб вони були містком до арттерапії, і щоб арттерапія стала доступною для всього

особового складу військ і об'єдналася з національною програмою арттерапії для ветеранів збройних сил.

References

- Army Arts Society (2016). Retrieved from www.armyartssociety.org.uk (superseded by www.afas.org.uk/).
- BBC (2017). Afghanistan memories from 40 Commando Royal Marines. Retrieved from www.bbc.co.uk/news/uk-england-somerset-22342490.
- Busuttil, W. (2012). Military veterans' mental health: The long-term post-trauma support needs. In R. Hughes, A. Kinder & C. L. Cooper (eds), *International handbook of workplace trauma support* (pp. 458–474). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Forces in Mind Trust (2013). *The Transition Mapping Study: Understanding the transition process for Service personnel returning to civilian life*. Retrieved from www.fim-trust.org/wp-content/uploads/2015/01/20130810-TMS-Report.pdf.
- Holbrook, E. (2017). POWWOW – Ted Milligan and Jon England. Retrieved from www.youtube.com/watch?v=5rjP_iEfQrk.
- MacManus, D., Dean, K., Jones, M., Rona, R. J., Greenberg, N., Hull, L., Fahy, T., Wessely, S. & Fear, N. T. (2013). Violent offending by UK military personnel deployed to Iraq and Afghanistan: A data linkage cohort study. *The Lancet*, 381, 907–917.
- McVeigh, T. (2014). The garden of peace: Helping veterans heal the mental scars of war. Retrieved from www.theguardian.com/society/2014/nov/30/garden-of-peace-heals-mental-scars-of-war-gardening-leave-observer-guardian-christmas-charity-appeal.
- Nazareth, J. (1988). *The psychology of military humour*. Atlanta, GA: Lancer.
- World Health Organization (2014). *Constitution*. Retrieved from www.who.int/about/mis-sion/en/.

Відновлення життя через мистецтво

Девід Муртаг і Дженіс Лоббан

Вступ

Ця книга розпочинається з перегляду коріння арттерапії в контексті реабілітації військових. Колишній офіційний військовий художник часів Першої світової війни та один із засновників професії арттерапії Адріан Гілл популяризував благодійний вплив створення та перегляду творів мистецтва для сприяння одужанню від фізичного та психологічного розладу здоров'я. Він і його сучасники визнавали, що мистецтво може доторкнутися до джерела труднощів і сприяти зціленню. У цьому останньому розділі ми глибше розглянемо цілющі властивості мистецтва. Ми не станемо наголошувати лише на арттерапії, натомість скористаємося з концепції посттравматичного розвитку та подивимося, як творчість і мистецтво можуть сприяти відновленню життя після травми.

Після представлення сучасної теорії щодо посттравматичного зростання та стійкості слово надається двом ветеранам, які діляться власними спостереженнями щодо ролі мистецтва у відновленні, використовуючи власні слова та особистий досвід. Далі йде обговорення їхніх спостережень із застосуванням моделі THRIVE Джозефа для роботи з посттравматичним розвитком (Joseph, 2012a, 2012b) з метою аналізу залучених процесів.

Посттравматичне зростання та перешкоди, які необхідно подолати

Термін «одужання» часто використовують в закладах охорони здоров'я. Відновлення у фізичному сенсі було визначено як «повернення до нормального стану» ('Getting back to normal after an operation', n.d.). У сфері психічного здоров'я це можна розуміти як «віру в те, що можна відновити осмислене життя, незважаючи на серйозне психічне захворювання» (Mental Health Foundation, 2016). Крім того, модель відновлення психічного здоров'я, запропонована Джейкобом, виходить за межі базового «виживання та існування» (2015, р. 118) до розвитку нових прагнень і життєвих цілей. Однак терміни «поза межами» та «повернення до нормального стану» є недоречними.

Відновлення для багатьох людей означатиме повернення до початкового функціонування, якщо це не досліджено інакше. Для тих ветеранів, які не хочуть повертатися до преморбідного нормального функціонування після травми, переоцінивши життя через досвід і лікування, можна шукати щось інше. Переосмислення нормальності в цьому випадку може запропонувати «чисту сторінку» та задачу щодо залучення посттравматичного розвитку.

Концепція посттравматичного розвитку виникла в середині 1990-х років (Tedeschi & Calhoun, 1996; Joseph, 2012a), оскільки зростав інтерес до можливості позитивних змін після пережитих страждань. За словами Джозефа, посттравматичний розвиток стосується того, «як негаразди можуть бути трампліном до вищого рівня психологічного благополуччя» (2012a, р. 816). Джозеф визначає три сфери розвитку, які люди постійно спостерігають після травми: (i) покращення стосунків, наприклад, цінування дружби та підвищення співчуття; (ii) змінення уявлення про себе, наприклад, посилене прийняття недоліків і набуття мудрості; (iii) зміни у світогляді, як-от переоцінка пріоритетів і цінування кожного дня (Joseph, 2012a). У наступному тексті розглядається, як цю концепцію можна застосувати до травмованих ветеранів, із визнанням факторів, які можуть вплинути на прогрес.

Теорії розвитку допомагають зрозуміти, як люди змінюються з плином часу і через подолання перешкод, з якими можна зіткнутися, наприклад, стадії психосоціального розвитку, як запропонував Еріксон (Erikson, 1959). Він виділив декілька етапів, через які ми всі проходимо протягом життя, причому кожен етап будується на успіху попереднього. Він вважав, що проблеми на стадіях розвитку або стадії, які не отримали успішного завершення, можуть вплинути на людину в майбутньому. За словами Еріксона, пізні підліткові роки та ранні двадцяті — це час, коли людина розвиває свою ідентичність. У віці, коли молоді люди зазвичай експериментують з одягом, групами однолітків чи музикою, та розвивають особистість шляхом відкриттів, проб і помилок, багато ветеранів уже вступили на військову службу. У щорічному звіті про особовий склад збройних сил Великої Британії (UK Armed Forces Annual Personnel Report, Ministry of Defence, 2014) зазначено, що 26,6% військовослужбовців ще не досягли віку 25 років, а Лоїс, Хантер і Злотовіц (Louise, Hunter and Zlotowitz 2016 p.) повідомляють, що 22% новобранців армії Великої Британії молодші 18 років. Отже, у вирішальному віці, коли люди зазвичай експериментують зі смаком та ідентичністю, ця група вже сформувала свою військову ідентичність разом із пов'язаною з нею структурою та культурою. Для деяких із цих молодих новобранців повернення до цивільного життя після звільнення зі збройних сил може стати проблемою. Стан вразливості до служби у війську також може бути фактором у психосоціальному розвитку та розвитку особистості в деяких випадках, наприклад, досвід жорстокого поводження в дитинстві, залякування, погана освіта або брак можливостей для демонстрації творчості (Ahmed, 2007).

Незважаючи на це, Майхенбаум (Meichenbaum, 2012) пояснює, як люди можуть не тільки вижити під впливом травматичних подій, але навіть

продовжувати процвітати. Духовність і фактори ідентичності вважаються вирішальними для процесу відновлення та можуть стимулювати посттравматичний розвиток і процвітання. Майхенбаум (2012) зауважує, що багато світових релігій визнають: що страждання неминучі в житті, але ми можемо вчитися та розвиватися на своїх стражданнях. Духовні перспективи можуть допомогти сконструювати та оцінити значення, побачити ширшу картину, сприяти прийняттю та знайти напрямок.

Під час лікування травми ветеран може переглянути своє відчуття ідентичності як частину процесу відновлення. Арттерапія та ерготерапія надають можливості для експериментів: наприклад, брати участь у безладних іграх, які, можливо, в дитинстві не дозволяли обставини. Ветерани можуть досліджувати та розвивати творчі навички, які, можливо, не заохочувалися чи не плекалися в шкільні роки, може, через академічний тиск або важкі обставини. Неуспішність у школі іноді спонукає людей вступати до війська, вірогідно, у пошуку кращих перспектив роботи чи професійного навчання. Розвиток нових навичок і можливостей разом із пов'язаним переглядом особистої ідентичності можуть призвести до переоцінки свого місця в суспільстві. Терапевти можуть скористатися з цієї можливості, полегшити визнання ветеранів і прийняття розвитку, та рухатися до застосування нових навичок, щоб у такий спосіб сприяти посттравматичному розвитку в напрямку успіху (thrive).

Джозеф (2012a, 2012b) пропонує модель під назвою THRIVE для спрямування практичних кроків.

Процес передбачає:

- *Підведення підсумків*: удосконалення стратегій управління ПТСР.
- *Збирання надії*: отримання надії, наприклад, через натхнення інших людей, які зіткнулися з подібними труднощами.
- *Переавторство*: створення оповіді для вивчення нових поглядів, наприклад, за допомогою експресивного письма та художніх творів.
- *Виявлення змін*: визнання посттравматичного розвитку та моніторинг змін.
- *Оцінка змін*: краще визнання нових пріоритетів.
- *Втілення змін у дію*: цілеспрямоване застосування посттравматичного розвитку в повсякденному житті, наприклад, за допомогою планування певної діяльності.

Однак на шляху одужання можуть виникнути перешкоди. Наприклад, існує ризик того, що людина з ПТСР може почати ідентифікувати себе відповідно до діагнозу. Це може призвести до занурення в модель «ролі хворого» Парсонса (1951), яка передбачає певні очікування та зобов'язання. За деяких обставин це може призвести до того, що члени сім'ї та друзі починають виконувати роль доглядальника, а не, наприклад, партнера, коханця чи друга. Якщо соціальна група реагує у такий спосіб, можливо, що людина

почне приймати дії та поведінку, характерну для «ролі хворого». Ця роль може слугувати різним цілям, наприклад, приводом для виправдання ухиляння від певних занять і подій, заразом інші беруть на себе обов'язки хворого. Це, своєю чергою, може призводити до вторинних вигод від хвороби (Kwan & Friel, 2002) і впливати на мотивацію.

Джозеф (2012a, 2012b) використовує метафору виготовлення мозаїки з розбитої вази, щоб описати процес посттравматичного розвитку. Метафора також актуальна для протиставлення процесу прийняття ролі хворого з процесом прийняття посттравматичного розвитку. Розглянемо підходи до розбитої вази. Ваза зламана та розбита. Її можна відремонтувати за допомогою клею та стрічки, але вона завжди виглядатиме зламаною та недосконалою. Ті, хто бачать її, визнають її пошкодженою і крихкою, тож і ставляться до неї відповідно, обережно торкатимуться або взагалі не стануть використовувати. Вона залишиться недосконалою і може просто припадати пилом, можливо, її навіть перестануть помічати. З іншого боку, з уламків вази можна зробити щось нове і гарне, наприклад мозаїку, що принесе задоволення іншим. Хоча це та сама сполюка, тепер вона набула іншої форми з новою функцією.

Стійкість

Стійкість є ще одним ключовим концептом, що стосується наслідків пережитої травми. Цей термін має декілька значень і Саутвік та його колеги (Southwick, 2014) визнають, що насправді не існує єдиного загальноприйнятого визначення. Однак багато джерел пояснюють психологічну стійкість схожими термінами. Американська психологічна асоціація (American Psychological Association) визначає її як «процес гарної адаптації перед обличчям нещастя, травми, трагедії, загроз або навіть значних джерел загрози» (2016). Мередіт та ін. визначають цей термін як «здатність одужати або легко пристосуватися до нещастя чи змін» (2011, р. 2). Слово «стійкість» (resilience) походить від латинського *resiliens/resilire*, що означає «відновлення», «рікошет» або «відскок»; і *salire*, що можна перекласти як «стрибок» чи «прорив» (Oxford English Dictionary, 2016).

Стійкість або її відсутність було визначено як причину того, чому деякі люди отримують ПТСР внаслідок травми, водночас інші — ні; або чому з часом одні повністю відновлюються до свого стану, яким він був до травми, або принаймні здається, що вони не постраждали, а інші — ні. Дійсно, слід зауважити, що більшість людей, які зазнали травми, з часом одужують природним шляхом. Майхенбаум визначає шість сфер стійкості жертв військових травм та їхніх сімей. Він описує їх як сфери «пристосованості», а саме фізичну, міжособистісну, емоційну, мисленнєву (когнітивну), поведінкову та духовну пристосованість, що доводить, що кожна сфера потребує уваги для підтримки розумного балансу (Meichenbaum, 2012).

Багато авторів (Ahmed, 2007; Lukey & Tepe 2008; Maddi, 2013; Meredith *et al.*, 2011) погоджуються, що елементи, які сприяють стійкості, охоплюють

фактори біологічні, прив'язаності та контролю. Це може включати високий внутрішній локус контролю з визнанням того, що людина не в змозі контролювати все; або поведінковий контроль, за допомогою якого емоційні реакції контролюються та оцінюються, сприяючи саморегуляції та самоуправлінню. Ключові аспекти формування та підтримки стійкості передбачають винахідливість, співчуття, емпатію, здатність до утворення зв'язків і довіру. Самооцінка та міжособистісні здібності, як-от соціальні навички, навички вирішення проблем і контроль імпульсів вважаються сприятливими для розвитку стійкості, як і здатність просити про допомогу, креативність, оптимізм і почуття гумору (Ahmed, 2007; Meredith *et al.*, 2011). Цей перелік факторів висвітлює багато сфер, на які заради розвитку та збереження стійкості можуть бути спрямовані арттерапія та ерготерапія.

Крім того, Гонзалес (Gonzales, 2012) в процесі консультування людей, залучених до травматичних подій, звертав увагу на те, як вони «пережили виживання». Він зауважує, що ті, хто займалися творчою діяльністю після травматичної події, були здатні самозаспокоїтися та відійти від болю, і у такий спосіб дозволяли відбутися процесу зцілення та доступу до відчуття радості. Одна людина описала, як формування творчої ідеї стимулювало блаженний стан, і завдяки цьому травми забувалися. Гонзалес пояснює, що цей процес забезпечує «порятунок» в пробудженні від травми, і що саме це «божевілля» всередині (2012, р. 141), тобто піднесення і творчості, дозволяє залишатися здоровим. Це божевілля, яке «перемагає емоції та перенаправляє їх від нашої агонії до чогось значущого, корисного, цілеспрямованого і навіть блаженного» (р. 141). Саме тому творення мистецтва є ефективною відповіддю на травму та допомагає у формуванні стійкості.

Якщо застосувати метафору, яку вперше використав Моран (Moran, 1945) для опису мужності й стійкості, то стійкість можна розглядати як наявність банківського рахунку з раннього віку. З самого початку на рахунок буде покладено певну кількість стійкості. Згодом, через життєвий досвід і життєві умови, банківський рахунок може бути поповнений, наприклад, батьками або рідними, які виявляють любов і підтримку, та освітою, яка через навчання відкриває цілий спектр можливостей пізнання та шанування переваг і вмінь. З іншого боку, декому, можливо, доведеться зазіхнути на банківський рахунок, щоб пережити важкі часи, наприклад, внаслідок зловживань чи цькувань. Коли людина регулярно виймає щось зі свого рахунку стійкості, це виснажує резерви, спричиняє уразливість, що підвищує ймовірність розвитку ПТСР в результаті травми.

Крім особистої стійкості, фактори оточення та спільноти також відіграють важливу роль у здоровому функціонуванні, відновленні та розвитку. Мередіт та ін. (Meredith *et al.* 2011) виявили чотири фактори стійкості, визначені на рівні спільноти: приналежність, взаємопов'язаність, злагодженість і колективна ефективність; але лише два мають вагомі докази: це приналежність і взаємопов'язаність. Приналежність стосується соціальної інтеграції та членства в групі, наприклад участь у духовній чи релігійній практиці або

членство в школах/коледжах. Мередіт та ін. повідомляють, що в процесі дослідження цей фактор визнали як «сильний дух спільноти» (2011, р. 28), і це асоціюється з низьким рівнем ПТСР. Прикладом може бути сильне почуття спільноти під час масованого бомбардування Лондону (London Blitz) в роки Другої світової війни і те, як дух спільноти та єдності тримав людей стійкими. Товариство є сильним фактором у військових і потужним джерелом підтримки до, під час і після конфлікту. Як наслідок, його відсутність може стати проблемою при звільненні зі збройних сил. Взаємопов'язаність стосується якості та кількості контактів з людьми та місцями, включаючи такі аспекти, як зобов'язання, структура, ролі, відповідальність та комунікація (Meredith *et al.*, 2011). Для ветеранів важливо відновити зв'язки зі спільнотою, щоб проаналізувати свою особистість, визначити сильні сторони та відкрити нові можливості.

Стійкість і посттравматичний розвиток є ключовими поняттями, чинними до багатьох аспектів життя на нашій планеті. Наш світ з його багатством дикої природи пережив катастрофічні події та пристосувався до змін. Деякі з найбільших і найсильніших створінь, наприклад динозаври, не вижили, але інші вижили, бо пристосовувалися та розвивалися відповідно до нового середовища — і виграли. Популярна цитата, що перефразовує Чарльза Дарвіна та його теорію еволюції, резюмує суть стійкості та посттравматичного розвитку — «Виживає не найсильніший з видів, виживає не найрозумніший. Виживає той, хто найкраще адаптується до змін».

Мистецтво та відновлення: історії ветеранів

Наступна частина розділу написана двома ветеранами про роль, яку відіграло мистецтво в регулюванні їхніх симптомів і одужанні від ПТСР. Далі вони обговорюють свої спостереження з огляду на посттравматичний розвиток.

Спайк

Вперше я звернувся до Combat Stress у 2004 році після служби у Королівському флоті під час Фолклендської війни 1982 року та під час громадянської війни в Лівані у 1983–1984, де ми підтримували Сухопутні війська Великої Британії.

Я був дуже хворий, коли вперше переступив поріг Combat Stress, Tyrwhitt House. Я проводив багато вільного часу вдома в алкогольному ступорі та намагався забути те, що я бачив, пережив і відчув. Коли мене провели до лікувального центру, я потрапив до кімнати для занять, де мене познайомили з Кей, яскравою, жвавою жінкою, яка вела заняття. Ми поговорили, і я розповів про свою пристрасть до пияцтва, на що вона відповіла: «Ну, нам цього не треба. Ви коли-небудь думали про мистецтво?». Я не думав. В школі я радів, коли мені щастило отримати оцінку D з малювання. Ми сиділи й балакали, коли вона допомагала мені намалювати мою першу картину в

дорослому віці — автопортрет Ван Гога. Час пролетів, і мені було з нею легко, а коли я закінчив, на малюнку просто був Ван Гог!

Наступного разу, коли я відвідав Combat Stress, не міг дочекатися, щоб повернутися до кімнати для занять, але я був шокований. Кей поставила переді мною полотно з кількома олійними фарбами і дуже м'яко сказала мені, що ми збираємось спробувати малювати олією. «Я не можу», — сказав я, але я міг і зробив. Коли я закінчив, це було схоже на оленя, якого я знайшов на календарі серед безлічі картинок у Кей. Я забрав його додому і з гордістю подарував своїй дружині. Вона була дуже вражена, принаймні я так думаю. Я страждаю від дуже низької самооцінки і ніколи не впевнений у компліментах, які отримую. Я вирішив, що малюватиму щоразу, коли відвідуватиму Combat Stress, зазвичай двічі на рік протягом двотижневого стаціонарного курсу лікування.

Раніше я дивився там на інших художників і думав, чи зможу я коли-небудь намалювати картину так само добре, як і вони. Серед них були дуже вправні художники. Я б сидів з ними і вчився, і прагнув зробити те ж саме ще краще. Я почав купувати художнє обладнання та малювати вдома. Пиятика стала тягарем. Як би я міг малювати у стані сп'яніння або з похмілля? Моїм рятівником стало мистецтво, а не алкоголь. Я почав одужувати семимильними кроками. Мене попросили дати картину на виставку. «Хто я?» — сказав я. — «Не кажіть дурниць, в мене не так вже гарно виходить». Мені було надзвичайно приємно бачити свої картини на стіні поруч із картинами людей, яких я вважав професійними художниками. Це стимулювало мене до дедалі кращих досягнень й ніколи не повертатися до алкоголю.

Коли я малюю,кладаю в це всього себе. Я можу відкинути неприємні спогади та нав'язливі думки і зосередитися на малюванні. Я можу проводити години з пензлем у руці, занурюючись у мистецтво. Мене це розслабляє і заспокоює, і тепер я можу сприймати компліменти. Нарешті я вірю в те, що роблю, що я достатньо хороший (Табл. 14.1). Мене вже багато разів просили виставити мої роботи. Я отримав приз і продав дві картини в Mall Galleries у Лондоні. Непогано для того, хто не вміє малювати. Тепер я регулярно виставляю свої роботи і чимало вже продав. Приємно, коли в тебе вірять, але ще краще, коли ти віриш у себе.

Рон

Від армії до художньої школи

З армії я пішов у лютому 1968 року, а у вересні того ж року вступив до художньої школи. Я провів там чотири роки і ще рік навчався викладанню. Наприкінці 1973 року я викладав мистецтво у великій середній школі, що стало для мене неймовірним кроком вперед.

Я перейшов із військового середовища, впорядкованого своєю унікальною культурою, у творче середовище. Військовий словниковий запас обмежений

і скупий. Він не схильний до творчого чи емоційного вираження. Тому довелося оволодіти новими засобами комунікації. В освітній справі повно таких слів, як «когнітивний» та «інтуїтивний». Я ніколи не чув цих слів за шість років, які провів у піхотному взводі.

Я отримав грант на навчання, і мої дні були наповнені цікавою творчою діяльністю. Я був у середовищі, де студенти наполегливо намагалися бути творчими та знайти унікальний стиль. Я думав, що все чудово. Тепер я порівнюю свій досвід студентства з подорожжю, яка привела мене на берег «Нового Світу» ('New World'). Це мало бути радісне дослідження нової та незвіданої землі, яку я збирався окреслити та дослідити для себе.

Армія була моїм університетом

Я багато чому навчився в армії. Я був тренуваним скелелазом, канойстом, оператором азбуки Морзе, навігатором і мав багато інших навичок, яким я із задоволенням навчався. Я був завзятим і спритним учнем, коли здобував військову майстерність. Я був найкращим слухачем на курсі підготовки сержантського складу, і мене вважали здібним і перспективним молодим сержантом. Я брався за завдання з ентузіазмом і ніколи не здавався. На відміну від деяких інших колег, я зі свого боку любив армію та полк, у якому служив. Я відчував, що можу все, і мав величезні резерви мотивації та концентрації.

Творчість і важкі роки

Створення мистецтва — це те, до чого я вдався у важкі роки свого ПТСР. Для мене процес створення мистецьких робіт водночас був захоплюючим і корисним. Я мав більше ніж середнє знання техніки, стилів та роботи інших художників. Я розвинув міцні навички, які стали інтуїтивними. Всі ці знання я отримав за власним бажанням — я шукав знання та вміння, це не було нав'язане. Навіть під час найгірших проявів ПТСР мої твори мистецтва залишилися зі мною (хоча я відірвався від інших аспектів життя).

Відновлення того, що виснажується і втрачається

Процес живопису та малювання ніколи не відходив на другий план. Я ніколи не думав про припинення творчої діяльності. Це повертало все, що ПТСР намагався в мене поцупити. Ця діяльність дуже скидалася на процес відступу. Час, проведений за малюванням, не був розвагою — це було безпечне місце. Час мов би зупинявся. Іноді я міг годинами занурюватися в роботу — доповнював її, редагував, пильно роздивлявся, зосереджувався лише на тому, що було переді мною. Цей набуток виявився сильнішим, ніж те, що могло б бути втрачене.

Далі приходило задоволення від того, що досягнення вартє зусиль. У мене було неписане правило: я міг малювати щодня без будь-яких часових

обмежень. Це могло бути щось накарябане протягом 10 хвилин або малювання впродовж 2 годин. Якщо в мене був твір, за який я взявся, і робота добре просувалася, я приберігав його на потім і не міг дочекатися, щоб увечері зайнятися ним і насолоджуватися виконанням.

Духовний антибіотик

Я шукав термін «духовний антибіотик» і був здивований, коли побачив, що його використовують євангелісти. Думав, що сам вигадав цей вислів. Я волів знайти назву для ліків, які приймають щодня, щоб уникнути духовного занепаду, ліки, що підтримують внутрішнє світло і поступово його живлять. Створення мистецтва — це духовний антибіотик. Воно живить внутрішню сутність вищими цінностями. Творення мистецтва — це данина захопленню перед дивом нашого існування. Пришестя у цей світ — це дивовижна загадка випадковості. Творення мистецтва — це визнання цієї таємниці й дива буття. Тому ми маємо постійно «лікувати» свої кращі сторони, аби зберегти це захоплення життям.

Творчість — це повільний процес вивільнення

Для мене творення мистецтва — це постійний процес. З мистецтвом нічого не відбувається миттєво. Це повільний і прорахований процес. Повільне вивільнення вбудоване у твір. Він звільняється, коли глядач споглядає твір з тією ж увагою, яку художник приділяв його створенню. Це інвестиція. Створення мистецтва вимагає терпіння та уважності. Ці дві якості є символами повільного звільнення. Повільне вивільнення також зростає — і зростання потребує плекання. Творення мистецтва виховує в нас найкраще. Рослини та форми життя ростуть і поширюються непомітно. Повільне вивільнення — це прихований розвиток, що вимірюється привабливістю кінцевого твору мистецтва.

Діяльність важливіша за кінцевий результат

Планування для мене є важливою частиною творення мистецтва. Думати та планувати можна будь-де та будь-коли; зроблено подумки або просто замальовано у маленькому блокноті. Ідеї є джерелом художнього твору. Ідея, взята від крихітного спалаху інсайту до кінцевого результату, є важливою діяльністю. Важливішим, ніж кінцевий результат, є подорож, яка починається з ідеї. Цей процес і є діяльність — невід’ємна частина всього процесу. Планування та виконання подібні до кладки цегли — діяльність. Кладка цегли дуже цілюща. Діяльність з планування повинна приносити радість і задоволення. Стіна закінчена, але укладання цеглин принесло задоволення.

Заохочення інших

Важливою частиною творчості є плекання заохочення, яке надають нам інші. Кей в ерготерапії, Йен в арттерапії, моя дружина, моя дочка та багато інших заохочували мене продовжувати малювати. Це заохочення є життєво важливим компонентом у створенні мистецтва. Я створюю мистецтво, щоб інші бачили та насолоджувалися ним. Це дуже приємно, коли відгуки позитивні — знову ж таки, заохочення також є формою духовного антибіотика. Ми часто в боргу перед іншими й не усвідомлюємо того позитиву, що вони бачать у нас. ПТСР намагається заблокувати доброту інших людей, які довели нас і з нами.

Тиха та спокійна робота

У своїй творчості я завжди намагався передати відчуття спокою та тиші. Я беру тему зі світу, який бачу навколо себе, а не зі світу внутрішніх почуттів, емоцій чи драми (Табл. 14.2). Дивлюся назовні як оптичним, так і внутрішнім зором. Я прагну, щоб від твору до глядача линула тиха візуальна мелодія. Робота має зачаровувати, але не бути поверхневою. Я уникаю драм, пов'язаних із ПТСР. Мій живопис — це спокій, нове сприйняття дизайну та кольорового аранжування. Спокійні форми настільки близькі до мелодії, наскільки я можу досягти.

Обговорення

Обох ветеранів запросили поділитися своїми думками щодо ролі мистецтва в їхньому одужанні від ПТСР. У наведеному нижче тексті для складання схеми їхнього просування використовується модель THRIVE Джозефа, що включає шість «вказівників» для роботи з посттравматичним розвитком (2012a, 2012b). Перший показчик моделі передбачає «підбиття підсумків». Коли Спайк вперше зіткнувся зі створенням художніх творів в Combat Stress, він усе ще покладався на алкоголь як спосіб придушення симптомів ПТСР, але мав бажання спробувати новий досвід. Він відкрив і розвинув нові навички та виявив, що в невимушеній атмосфері може захопитися творчістю. Час би минав, і його б не турбували настирливі думки. У випадку Рона він зрозумів, що міг повернутися до мистецтва, коли в нього загострювалися симптоми ПТСР, тому що мистецтво залишалося постійним у його житті. Коли він відірвався від навколишнього світу, мистецтво залишилося якорем і ефективним інструментом лікування симптомів.

«Надія на збирання врожаю» є наступним фактором у моделі THRIVE (Joseph, 2012a, 2012b). Спайк описав відкрите задоволення від створення мистецтва та те, як він шукав натхнення в інших художників-ветеранів. Він прагнув вчитися в інших і бачити свою роботу поруч із їхніми. Він прагнув покращити свої здібності та використав запропоновану допомогу і

наставництво. Рон міг покласти на мистецтво, оскільки воно повертало те, що забрав ПТСР, і ніколи не полишало його. Навички стали інтуїтивними. Цей процес забезпечив концентрацію, яка, як він знав, могла допомогти йому подолати виклики ПТСР. Це дало внутрішнє світло, яке постійно горіло. Обидва ветерани з нетерпінням чекали художньої творчості, бо знали про її цілющі якості.

Джозеф називає «повторне авторство» ще одним компонентом посттравматичного розвитку (2012a, 2012b), з відкриттям нових перспектив через творчість. Рон описує творчий шлях і насолоду, притаманну плануванню та плеканню мистецької форми. Розвиваються нові ідеї та інсайти. Мистецтво постійно змінюється й збагачується. Завдяки художній творчості Спайк дізнався та визнав, що він достатньо хороший, і що він може досягти більшого. Він зміг визначити свій прогрес і кинути виклик попереднім негативним самооцінкам. Отримані навички можна було застосувати у повсякденному житті. Спочатку Спайк малював лише під час роботи в Combat Stress, але взяв свою роботу додому, щоб показати дружині, і отримав підбадьорення та схвалення. Згодом він включив живопис у домашнє життя.

Ідентифікація та сприйняття змін через посттравматичний розвиток визнаються вирішальними. Мистецтво вважалося рятівником для Спайка. Для Рона мистецтво запропонувало духовний антибіотик із властивостями повільного вивільнення. Ці коментарі свідчать про можливість доторкнутися до чогось, що виходить за межі звичайного. Мистецтво не тільки пропонує напрямок, але й надає сенс і мету. Можна дійти висновку, що художню творчість як альтернативні ліки потрібно приймати регулярно.

«Оцінка змін» через усвідомлення різних пріоритетів є ще одним аспектом структури THRIVE (Joseph, 2012a, 2012b). Спайк визнав, що надмірне вживання алкоголю заважає його участі у створенні мистецтва, тому він вирішив зосередитися на останньому. Це забезпечило альтернативну форму подолання, яка не покладалася на уникання. Для Рона художня творчість вимагає планування та щоденних інвестицій, які, своєю чергою, приносять задоволення та досягнення. Весь процес дарує насолоду.

«Вираження змін у дії» (Joseph, 2012a, 2012b) розглядається через інвестиції Спайка в художні матеріали, творче залучення та розвиток оновленого почуття ідентичності як художника. Самооцінка зросла, і він міг сприймати компліменти. Важливо те, що він відновив віру в себе. Він ніколи не повертався до пияцтва, тому що пішов далі. Рон створює мистецтво, щоб інші бачили та насолоджувалися ним. А отже, це спільний досвід і міст спілкування з іншими, який долає роз'єднання.

Висновок

Травма може мати глибокий вплив, який руйнує попередні уявлення про життя. Однак останніми роками зростає визнання того, що травма також може стати стимулом для позитивних змін; наприклад, у світогляді, пріоритетах

і стосунках (Joseph, 2012a), якщо приділяти увагу посттравматичному розвитку та факторам стійкості. У цьому розділі розглядалися шляхи використання мистецтва для оптимізації відновлення після травми через сприяння посттравматичному розвитку та формуванню стійкості. Відновлювальні властивості мистецтва були красномовно виражені через життєвий досвід Спайка та Рона. Цілющі інгредієнти, властиві художній творчості, розглядаються як інвестиція, що допомагає відновити резерви стійкості та замінити те, що було вичерпано ПТСР. Створені мистецькі образи з притаманними їм властивостями відкриваються лише через співпрацю з глядачем, і вони є дарунком для інших, які зможуть ними милуватися. Оцінка мистецтва сама по собі дає додаткові можливості для зростання та зміцнення. Особисті розповіді ветеранів доводять, що мистецтво може повернути життя після травми.

References

- Ahmed, A. S. (2007). Post-Traumatic Stress Disorder, resilience and vulnerability. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13(5), 369–375.
- American Psychological Association. (2016). *The road to resilience*. Retrieved from www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx.
- Erikson, E. H. (1959). *Identity and the life cycle*. New York, NY: International Universities Press.
- Getting back to normal after an operation (n.d.). Retrieved from www.nhs.uk/Conditions/surgery/Pages/getting-back-to-normal.aspx.
- Gonzales, L. (2012). *Surviving survival: The art and science of resilience*. New York, NY: W. W. Norton & Company.
- Jacob, K. S. (2015). Recovery model of mental illness: A complementary approach to psychiatric care. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 37(2), 117–119.
- Joseph, S. (2012a). What doesn't kill us ... Retrieved from <https://thepsychologist.bps.org.uk/volume-25/edition-11/what-doesnt-kill-us>.
- Joseph, S. (2012b). *What doesn't kill us: A guide to overcoming adversity and moving forward*. London: Piatkus Little Brown.
- Kwan, O. & Friel, J. (2002). Clinical relevance of the sick role and secondary gain in the treatment of disability syndromes. *Medical Hypotheses*, 59(2), 129–134.
- Louise, R., Hunter, C. & Zlotowitz, S. (2016). *The recruitment of children by the UK Armed Forces: A critique from health professionals*. London: Medact.
- Lukey, B. J. & Tepe, V. (eds). (2008). *Biobehavioural resilience to stress*. Boca Raton, FL: CRC Press.
- Maddi, S. R. (2013). *Hardiness: Turning stressful circumstances into resilient growth*. New York, NY: Springer.
- Meichenbaum, D. (2012). *Roadmap to resilience: A guide for military, trauma victims and their families*. Miami, FL: Institute Press.
- Mental Health Foundation (2016). *Recovery*. Retrieved from www.mentalhealth.org.uk/a-to-z/r/recovery.
- Meredith, L. S., Sherbourne C. D., Gaillot, S. J., Hansell, L., Ritschard, H. V., Parker, A. M. & Wrenn, G. (2011). Promoting psychological resilience in the U.S. military. Retrieved from www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monographs/2011/RAND_MG996.pdf.

- Ministry of Defence (2014). *UK Armed Forces annual personnel report*. Retrieved from www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/312539/uk_af_annual_personnel_report_2014.pdf.
- Moran, (Lord) (1945). *The anatomy of courage: The classic WWI study of the psychological effects of war*. London: Constable & Robinson.
- Oxford English Dictionary (2016). Retrieved from www.oed.com.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. London: Routledge.
- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C. & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory and challenges: Interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 1–14.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (1996). The Post-Traumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455–471.



Плитка 1.1 «Надія»



Плитка 2.1 «Солдат-клон», Клемент Боланд



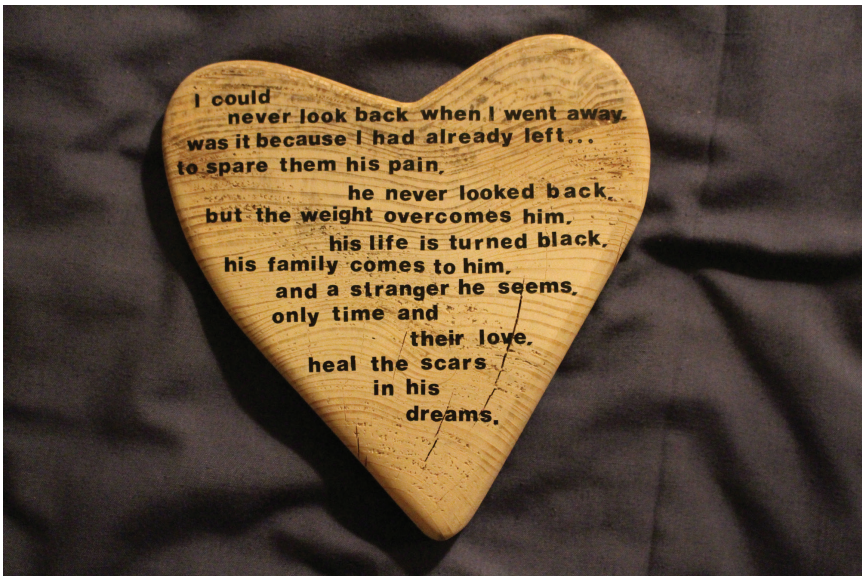
Плитка 2.2 «Караван верблюдів», Клемент Боланд



Плитка 7.1 «Рівновага/Зелена людина»



Плитка 7.2 «Візерунки/Дерев'яне серце», Майк



Плитка 7.3 «Візерунки/Дерев'яне серце», вірш Майка



Плитка 8.1 «Минуле і сьогодення», Саймон



Плитка 8.2 «Два розуми», Вік



Плитка 8.3 «Погляд на відстані», Річард



Плитка 9.1 «Дружній дракон Теффі», Річард Кіджелл



Плитка 10.1 «Маска 2», Стів



Плитка 10.2 Спільне зображення Йена та Дженіс Лоббан



Плитка 12.1 «Всесвіт», Смутж



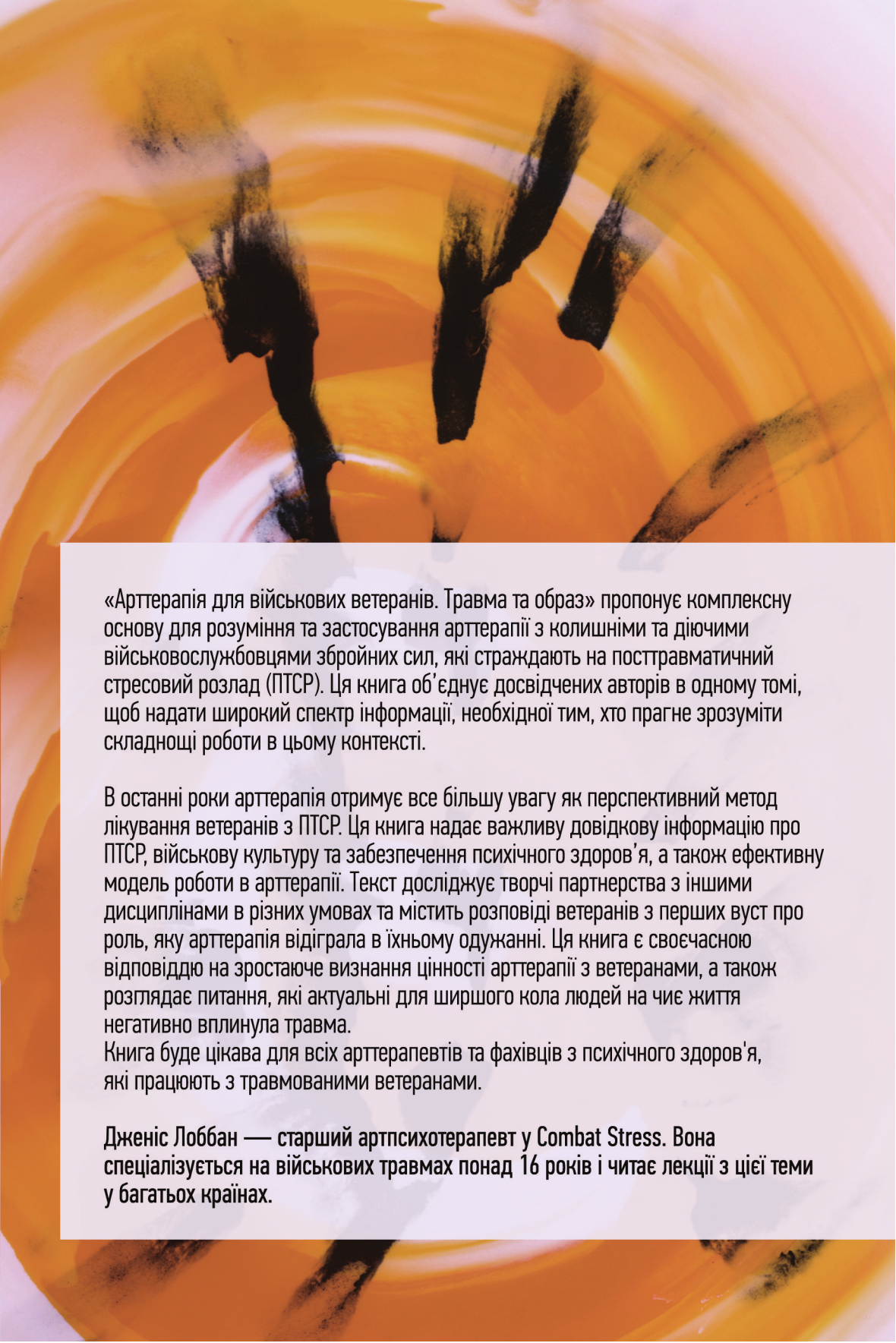
Плитка 13.1 «Силует Land Rover на тлі заходу сонця», капітан Морган (ліворуч) і Марін Лоурі (праворуч)



Плитка 14.1 «Лебеді», Спайк



Плитка 14.2 «Міський сад», Рон



«Арттерапія для військових ветеранів. Травма та образ» пропонує комплексну основу для розуміння та застосування арттерапії з колишніми та діючими військовослужбовцями збройних сил, які страждають на посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Ця книга об'єднує досвідчених авторів в одному томі, щоб надати широкий спектр інформації, необхідної тим, хто прагне зрозуміти складності роботи в цьому контексті.

В останні роки арттерапія отримує все більшу увагу як перспективний метод лікування ветеранів з ПТСР. Ця книга надає важливу довідкову інформацію про ПТСР, військову культуру та забезпечення психічного здоров'я, а також ефективну модель роботи в арттерапії. Текст досліджує творчі партнерства з іншими дисциплінами в різних умовах та містить розповіді ветеранів з перших вуст про роль, яку арттерапія відіграла в їхньому одужанні. Ця книга є своєчасною відповіддю на зростаюче визнання цінності арттерапії з ветеранами, а також розглядає питання, які актуальні для ширшого кола людей на чийе життя негативно вплинула травма.

Книга буде цікава для всіх арттерапевтів та фахівців з психічного здоров'я, які працюють з травмованими ветеранами.

Дженіс Лоббан — старший артпсихотерапевт у Combat Stress. Вона спеціалізується на військових травмах понад 16 років і читає лекції з цієї теми у багатьох країнах.